BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

ANNÉE 1908



MM. MOUNIER, Président
MAHU, Vice-Président
FOURNIÉ, Trésorier
VEILLARD, Secrétaire Général
DIDSBURY, Secrétaire des Séances

BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE
D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 10 janvier 1908

Présidence de M. Mounier

Présents : Weismann, Mahu, Aysaguer, Pasquier, Cornet, Fournié, Luc, Cauzard, Didsbury, Mounier, Egger, Bosviel, Courtade, Glover, Veillard, Castex, Bruder, Weill, Bourgeois, Lombard, Guisez. M. Perez, de Buenos-Ayres, assiste à la séance.

Le Président prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

En prenant possession du fauteuil présidentiel, laissez-moi tout d'abord vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en me désignant parmi beaucoup d'autres mieux qualifiés que moi pour occuper ce siège.

Je suis d'autant plus sensible à votre choix que notre Société compte parmi ses membres l'élite des spécialistes parisiens.

Je serais un peu effrayé à la perspective de diriger nos séances, si je ne savais que nos discussions sont toujours courtoises et empreintes de bonne camaraderie. C'est beaucoup sur cela que je compte, et aussi sur votre bienveillance habituelle, pour me rendre ma tâche agréable et facile.

J'espère que vous serez tous fidèles à nos réunions, où il y

a toujours à glaner, même pour les plus anciens d'entre nous. C'est là encore que nous apprenons le mieux à nous connaître, à nous apprécier et à nous estimer mutuellement.

Si je peux formuler un vœu au commencement de cette année 1908, c'est que chacun de nous contribue largement, par ses travaux personnels, au bon renom et à la notoriété toujours plus grande de notre Société parisienne.

Sur le rapport de M. Egger pour la candidature de M. Hautant et de M. Lubet-Barbon pour celle de M. Robert Foy, ces deux candidats sont admis comme membres actifs de la Société.

La commission de vérification des comptes du trésorier composée de MM. Courtade, Glover et Furet fait le rapport suivant qui est adopté :

« La commission des comptes est d'avis de réclamer à l'agent chargé des recouvrements la présentation à *dates fixes* des quittances des cotisations à la Société de laryngologie de Paris, avant la dernière séance de l'année, fin novembre. Les commissaires sont d'avis d'approuver les comptes. »

Communications :

M. P. Cornet (de Châlons-sur-Marne)

Du rôle possible des auto-intoxications, en particulier de l'auto-intoxication gastro-intestinale, dans l'étiologie de certaines affections des oreilles, du nez, du larynx.

Les affections les plus banales observées en oto-rhino-laryngologie sont souvent celles dont l'étiologie exacte reste le plus mal connue : nous ne savons pas grand'chose, en particulier, de la nature des affections dites « catarrhales chroniques » des voies aériennes supérieures : coryza chronique, dégénérescence hypertrophique des cornets, pharyngites ca-

tarrhales, et s'il s'agit dans bien des cas d'altérations symptomatiques d'une irritation professionnelle ou d'une grosse lésion locale : de végétations adénoïdes surtout, les cas ne sont pas moins nombreux où l'investigation reste impuissante à découvrir cette cause locale, même atténuée. On est ainsi conduit à se demander si l'état général n'est pas fréquemment en cause dans ces affections banales de la muqueuse.

Même remarque pour l'oreille : l'otite adhésive, par exemple, s'établit chez certains sujets à la suite d'une suppuration ou d'une otite exsudative, alors que, chez d'autres malades, la muqueuse demeure souple dans les mêmes circonstances. Il se produit là ce qu'on observe en chirurgie générale à propos des traumatismes ou des affections articulaires : certains individus recouvrent facilement le fonctionnement intégral de leur jointure; d'autres font de l'arthrite sèche et gardent une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée, parcequ'ils sont goutteux ou rhumatisants. — Le rôle évident de l'état général apparaît surtout dans l'otosclérose proprement dite, qui ne peut s'expliquer, tout le monde le reconnaît, par aucune cause locale, par aucune infection d'origine nasale.

Or, si l'on examine avec soin les sujets porteurs de l'une des lésions chroniques auxquelles nous faisons allusion, presque toujours on peut mettre en évidence chez eux une affection générale, modifiant les conditions normales de la nutrition. Très souvent, cette affection générale, demeurée latente, est restée ignorée du sujet, ou bien elle ne s'est traduite que par de petits symptômes tenus de bonne foi pour négligeables. Aussi, la question traditionnelle : « Vous portez-vous bien ? » reçoit-elle presque toujours la réponse : « Très bien », et si le spécialiste, sans pousser plus avant l'investigation clinique, classe rapidement le malade parmi les arthritiques ou les lymphatiques, il s'expose à méconnaître le rôle important que certains troubles déterminés des grandes fonctions organiques peuvent jouer dans la pathogénie des altérations locales.

De fait, chez 86,36 % des sujets observés pour otosclérose ou pour coryzas, pharyngites ou laryngites catarrhales chro-

niques, ne pouvant, je le répète, s'expliquer par aucune cause locale, j'ai pu mettre en évidence soit des troubles de la circulation, et notamment l'hypertension prémonitoire de l'artériosclérose, soit une affection organique ayant pour conséquence immédiate une auto-intoxication : insuffisance rénale, insuffisance hépatique, dyspepsies et entérites diverses. Le lot de malades, chez qui l'examen est resté négatif à ce point de vue, concerne des sujets que je n'ai pu examiner en détail, ou qui ne se sont pas prêtés aux recherches cliniques, sous prétexte qu'ils venaient consulter un spécialiste.

Mon attention s'est portée surtout sur le groupe des affections auto-toxiques. Je me suis demandé si l'existence d'une auto-intoxication, le rôle de tout autre facteur morbide pouvant être écarté, n'expliquait pas la genèse des affections spéciales dont je parlais plus haut, de même qu'en pathologie interne on reconnaît une origine auto-toxique à nombre de troubles fonctionnels et de lésions des organes les plus divers.

On connaît d'ailleurs le rôle joué par l'insuffisance rénale en pathologie auriculaire, nasale et laryngée. Ce rôle, plus important peut-être qu'on ne le suppose, parce que l'insuffisance rénale pourrait bien expliquer non seulement des troubles fonctionnels, mais aussi des lésions anatomiques et chroniques, a été envisagé cependant dans les différentes branches de la spécialité. Ainsi, d'après une hypothèse de *Jacquet*, le coryza chronique des brightiques et même le vulgaire coryza aigu avec son flux salé traduiraient un phénomène d'excrétion chlorurée. — Pour la gorge, *Chauveau* a voulu expliquer la forme congestive ou sèche des pharyngites par l'hyper ou l'hypochloruration générale. — Le larynx est souvent le siège d'œdèmes brightiques, non seulement d'œdèmes à grand fracas, mais d'œdèmes atténués qui, chez les professionnels de la voix, conduisent facilement à la cordite chronique et aux déformations nodulaires. — On connaît enfin les manifestations de l'*oto-brightisme*, bien décrites par *Bonnier*.

Par contre, le rôle *possible* de l'auto-intoxication gastro-intestinale n'a jamais ou presque jamais été envisagé. On

sait bien que l'ozène, les sinusites, les otorrhées, les végétations adénoïdes, l'hypertrophie cryptique des amygdales palatines entraînent parfois des troubles gastro-intestinaux par suite de la déglutition prolongée de sécrétions septique. On sait aussi que les états congestifs de la gorge s'observent couramment chez les sujets atteints de dyspepsies et d'entérites chroniques, et les médecins d'enfants recherchent l'auto-intoxication gastro-intestinale dans les angines à répétition qui ne peuvent s'expliquer par la présence de végétations adénoïdes. Mais le rôle *possible*, joué par le tube digestif dans la genèse des affections catarrhales chroniques de la muqueuse du nez, du pharynx, du larynx, et peut-être de l'oto-sclérose, n'a pas été étudié.

Dans ma statistique, l'auto-intoxication gastro-intestinale représente le facteur morbide le plus fréquent, après l'insuffisance rénale. Je la note dans 36,36 % des cas, à l'exclusion de toute autre affection générale. La moitié des malades présentaient des coryzas chroniques à forme congestive, hypertrophique ou spasmodique; un quart, des laryngites subaiguës ou chroniques; le dernier quart, de l'otosclérose.

Les documents existant sur cette question dans la littérature sont très rares. Au compte rendu du Congrès de la Société américaine d'Otologie de 1904 est mentionné un travail de *Robert Loewy* sur les relations de cause à effet existant entre les maladies de l'estomac et certaines affections (?) des voies aériennes supérieures. — Plus récemment, *Heckel* (1), dans une intéressante monographie, a décrit les laryngo-trachéites catarrhales liées aux dyspepsies nervo-motrices. Il relate des cas où l'état des voies aériennes supérieures ne s'est amélioré qu'avec le régime alimentaire dirigé contre les troubles gastro-intestinaux et il considère le catarrhe laryngé et la dyspepsie comme des phénomènes concomitants, dépendant tous deux d'une altération anatomique ou d'un trouble fonctionnel du sympathique. — Dans le même ordre d'idées, il convient de signaler le travail d'*Escat* (2) sur la migraine otique et ses rapports avec l'otosclérose. Escat

(1) Heckel, Les Laryngites et les Laryngo-trachéites d'origine gastro-intestinale et sympathique. *Arch. int. de Laryng.* Mars-avril 1907.

(2) Escat, De la migraine otique. *VIIe Congrès intern. d'Otologie.*

considère « la migraine, tout au moins celle des otoscléreux, comme l'expression symptomatique primordiale d'un trouble physio-pathologique, dont la sclérose otique progressive est le substratum anatomo-pathologique tardif ». Il estime que le point de départ des phénomènes serait une toxémie chronique et rappelle que, d'après *Brachford*, le principe toxique provocateur de la migraine chez les arthritiques serait la paraxanthine. Or les substances xanthiques se forment dans l'intestin pour être ensuite modifiées dans le foie et transformées en acide urique.

L'auto-intoxication gastro-intestinale passe d'ailleurs facilement inaperçue. Quoique très fréquente, elle peut être difficile à dépister cliniquement ; car si les troubles gastro-intestinaux sont souvent le point de départ d'une véritable hypocondrie, que de symptômes d'ordre digestif sont tenus par de nombreux malades comme nuls et non avenus! La plupart du temps il faut soumettre le malade à une investigation clinique minutieuse, à un interrogatoire très serré, et, de plus, il faut toujours procéder à l'examen clinique des urines : car tous les troubles gastro-intestinaux ne signifient pas auto-intoxication. On recherche dans les urines non pas les toxines intestinales (car il n'existe pas de méthode simple permettant de les isoler et de les doser), mais les sulfo-éthers, combinaisons sulfuriques des substances aromatiques qui, d'après les travaux de *Baumann*, *Nuttal* et *Thierfelder*, *Combe*, se forment dans l'intestin parallèlement aux toxines, augmentant et diminuant avec elles, et ne peuvent avoir aucune autre origine dans l'organisme, abstraction faite d'un foyer de suppuration. Normalement, d'après *Von Velden*, un adulte élimine en 24 heures une quantité de sulfo-éthers variant en poids entre 0 gr. 100 et 0 gr. 150 au maximum.

Chez les malades que j'ai étudiés, j'ai trouvé une quantité de sulfo-éthers variant entre 0 gr. 298 et 1 gr. 030, chiffres qui traduisent une auto-intoxication gastro-intestinale très accusée.

Je n'entre pas ici dans le détail des observations, estimant qu'un tableau de ce genre ne présenterait d'intérêt qu'autant qu'il serait possible d'apporter un nombre considérable d'observations permettant de tirer des conclusions à

propos de chaque affection. Je n'ai pas encore réuni des documents assez nombreux pour qu'il me soit permis de préciser le rôle pathogénique de l'autc-intoxication gastro-intestinale. Du moins le fait suivant reste-t-il vrai : que la toxémie chronique d'origine digestive s'observe fréquemment chez les malades que j'ai mentionnés, à l'exclusion de tout autre facteur pathogénique, et que l'on peut poser le problème de l'origine auto-toxique de ces affections de l'oreille et des voies aériennes supérieures. — Comme il est actuellement démontré que la présence des toxines intestinales en excès peut entraîner des lésions congestives ou sclérosantes de divers organes, par exemple, des lésions cutanées : prurigos, eczémas, couperoses, acnés ; des lésions hépatiques : hépatomégalies infantiles, cirrhoses hypertrophiques ; des lésions rénales : albuminuries dyspeptiques, voire même néphrites, pourquoi ne pourraient-elles déterminer des lésions du même ordre dans les revêtements muqueux si délicats des premières voies aériennes et des oreilles ? J'ajoute ici que, par le seul régime alimentaire, j'ai pu améliorer dans de notables proportions un certain nombre de rhinites et de pharyngites, faire rétrocéder notamment l'élément congestif et catarrhal. J'ai pu aussi faire disparaître des bourdonnements, et même, comme je viens d'en avoir un exemple récent, augmenter l'audition. — Il est bien certain que, sous la seule influence du traitement général, on ne peut avoir la prétention de faire disparaître ou même d'atténuer les lésions scléreuses ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas considérer ces lésions comme le substratum anatomique tardif de toxémies variées.

A côté de l'auto-intoxication gastro-intestinale, par suite d'affections du tube digestif lui-même, prend immédiatement place l'auto-intoxication par lésions hépatiques. Dans ces conditions, en effet, il n'y a pas seulement cholémie, mais auto-intoxication par les toxines de l'intestin qui ne sont plus modifiées dans le foie. J'observe en ce moment une jeune femme qui, depuis fort longtemps, présente le tableau classique de la cholémie, et qui, sans autre antécédent personnel, sans tare héréditaire, sans lésions nasales ou rétro-nasales, accuse depuis deux ans une surdité progressive

avec phénomènes d'irritation labyrinthique. La surdité, les bourdonnements, les troubles vertigineux sont surtout accusés pendant les périodes de recrudescence du subictère. D'après l'examen otologique, les troubles auriculaires sont imputables à une otosclérose commençante. Ne semble-t-il pas logique dans ce cas d'attribuer à l'insuffisance hépatique les altérations de l'organe auditif, qu'elles résultent de l'imprégnation des tissus par les pigments biliaires, qu'elles résultent de la présence dans le sang de toxines intestinales en excès ou non modifiées?

Il n'est pas jusqu'à la fréquence de l'otosclérose survenant chez la femme à l'occasion d'une grossesse qui ne soit en faveur de l'hypothèse auto-toxique de l'affection. Chez la femme enceinte, les poisons augmentent dans l'économie : l'évacuation intestinale s'effectue mal; le foie, surchargé de graisse, est insuffisant; la perméabilité rénale est diminuée; la peau, remplie de pigments, joue mal son rôle d'émonctoire, cet ensemble de phénomènes trouble profondément la nutrition, et l'on sait que, d'après Pinard, presque toute la pathologie médicale, spéciale à l'état de grossesse, tient à des lésions du foie, entraînant une insuffisance de la glande, et le libre passage dans l'économie des toxines de l'intestin. L'otosclérose peut aussi trouver sa cause dans cette toxémie gravidique et résulter anatomiquement soit d'une névrite toxique, soit d'une atteinte directe, par les toxines en circulation, des éléments constituants de l'oreille. Il est assez curieux de remarquer ici qu'il se produit dans la grossesse une modification peu connue des os du crâne, due évidemment à un trouble de la nutrition, lui-même sous l'influence peut-être de la toxémie gravidique. Cette modification, jadis découverte par *Rokitansky*, puis étudiée par *Ducrest* et *Moreau*, s'observe chez la moitié des femmes enceintes : elle consiste dans la production d'ostéophytes formés de tissu spongieux à l'intérieur des os du crâne. N'y a-t-il pas là un rapprochement à faire avec la transformation spongieuse de la capsule labyrinthique décrite par *Politzer* dans l'otosclérose. Et ce fait ne viendrait-il pas à l'appui de l'origine auto-toxique de l'affection?

M. Luc croit qu'on ne saurait trop féliciter M. Cornet

d'avoir abordé un des sujets les plus ingrats de l'oto-rhino-laryngologie, ni trop apprécier la clarté et l'élégance de son argumentation.

Il craint malheureusement que sa thèse ne soit pas près de sortir du domaine de la théorie. En face de l'impuissance de nos traitements locaux les plus variés à l'égard de l'otite scléreuse, nous serions trop heureux si nous pouvions en trouver le remède dans un traitement d'ordre hygiénique et alimentaire.

M. Luc a lui-même bien souvent interrogé ses malades, surtout les plus à plaindre : ces jeunes gens dont l'ouïe commence à fléchir vers la vingtième année. Tous, ou presque tous, étaient d'une sobriété parfaite et ne présentaient aucun trouble digestif. En revanche, la plupart comptaient dans leurs antécédents des sourds ou des goutteux. M. Luc a donc été de bonne heure amené à la conclusion qu'il s'agissait moins d'une maladie fabriquée par ceux qui en sont porteurs que d'un mal transmis par l'hérédité. Et c'est là la principale raison de son caractère décevant.

M. Cauzard rappelle que Jacquet a cité des cas d'hydrorrhée nasale guéris par la diète chlorurée. Il demande quelle était la pression artérielle des malades. Laffitte-Dupont a rencontré de l'hypertension chez de nombreux scléreux et tend à faire de l'otosclérose un petit signe d'artériosclérose.

M. Mounier approuve entièrement ce que vient de dire M. Cornet dans sa très intéressante communication, d'autant qu'il a publié lui-même, il y a plusieurs années, un travail de même nature intitulé : « Du rôle prépondérant de l'auto-intoxication dans le coryza périodique et apériodique. » Il y mettait en relief l'importance des troubles gastro-intestinaux comme cause souvent unique des poussées de rhinite, de pharyngite et de trachéite à répétition.

J. Glover

Explication anatomo-clinique de la mort subite dans la lésion du pneumogastrique avec hémiplégie laryngée récurrentielle et l'anéantissement dynamique ou la lésion organique du phrénique.

Un malade atteint d'anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte avec compression du nerf récurrent gauche meurt subitement sans rupture du sac anévrismal; un second malade atteint de cancer du tiers supérieur de l'œsophage, avec compression du nerf récurrent gauche, et un troisième malade présentant une compression des nerfs récurrents par une adénopathie tuberculeuse de la chaîne récurrentielle meurent subitement sans autre raison apparente que celle de ces lésions relevées à l'autopsie.

Elles sont représentées en une planche chromo-lithographiée par nous (pl. XIX) dans notre *Atlas de laryngologie et de rhinologie*. Or, récemment, un malade de notre consultation à l'hôpital de Levallois, atteint d'hémiplégie laryngée récurrentielle droite causée par une ectasie de la portion horizontale de la crosse aortique au niveau du tronc brachio-céphalique, meurt subitement aussi, sans aucun signe de rupture du sac anévrismal et à l'occasion de troubles digestifs.

Dans ces quatre cas, sans aucun doute, existaient des altérations organiques des pneumogastriques. Dans les trois premiers l'examen histologique fit voir de la périnévrite et dans le cas de cancer œsophagien de la névrite segmentaire péri-axile avec boules de myéline.

La physiologie pathologique de ces processus morbides semble pouvoir s'expliquer par l'anatomie même du phrénique et les anastomoses de ce nerf. Enserré par le fascia thymique, par la plèvre et le péricarde, qui lors de leur développement refoulent le nerf diaphragmatique à l'endroit où ce nerf devait passer pour se rendre à la partie centrale du diaphragme formée avant la portion dorsale, le nerf phrénique serait susceptible de s'étrangler, comme l'indiquent nos

figures anatomo-pathologiques à la suite d'un processus inflammatoire scléreux, calcaire, néoplasique ou destructif quelconque de ces formations conjonctives.

En outre, les appendices séreux du péricarde, entre lesquels le nerf est forcé de chercher passage, seraient capables de l'étouffer dans les mêmes conditions pathologiques.

M. Lancereaux a fait connaître à l'Académie la possibilité de la mort subite dans les affections nerveuses de l'estomac, dans la dyspepsie nerveuse par paralysie respiratoire d'abord et syncope cardiaque ensuite. Et ces cas ne sont pas essentiellement différents des précédents, ni d'autres encore. Le nœud de la question, d'après M. Robinson (1), se trouve dans la grande chaîne d'anastomoses nervo-nerveuses qui enlace la cloison thoraco-abdominale et qui commande la vie et la mort de l'individu dans certaines conditions spéciales. Et le fait capital à retenir, c'est la production de la mort subite par paralysie diaphragmatique, lorsque le pneumogastrique est lésé préalablement.

On sait, d'autre part, que l'intoxication par l'atropine, chez les tuberculeux, et le chloroforme en anesthésie générale peuvent amener la mort subite.

Quelle peut être dans ces diverses circonstances l'explication anatomo-clinique de la mort survenant subitement ?

Des anastomoses du nerf phrénique avec le sympathique, le vague et les nerfs intercostaux ont lieu, au niveau même du diaphragme. Le phrénique arrivé à la cloison musculaire thoraco-abdominale s'épanouit en avant, en arrière et dans les parties latérales du muscle. Les nerfs intercostaux pénètrent dans les insertions costales du diaphragme et s'y rencontrent avec les rameaux du phrénique. Le vague, après avoir traversé le diaphragme et avoir donné ses rameaux viscéraux abdominaux (estomac et foie), fournit des rameaux au péritoine sous-diaphragmatique, puis, de là, il renvoie d'autres rameaux qui pénètrent également la portion centrale du grand muscle respiratoire et qui s'anastomosent avec les rameaux correspondants du phrénique. Enfin les imprégnations argentifères et osmiques montrent, même chez les jeunes animaux,

(1) Robinson, *Académie des sciences*, 9 décembre 1907.

que des fibres de Remak caractérisant les rameaux sympathiques se rencontrent avec les rameaux du nerf diaphragmatique.

On conçoit donc que l'anéantissement dynamique (l'intoxication par l'atropine prescrite au cours de la tuberculose pulmonaire, le chloroforme dans l'anesthésie générale, etc.) ou la destruction organique du nerf phrénique retentissent sur le cœur, soit par le sympathique, soit par le vague.

Il est probable que la présence de cette double anastomose est nécessaire pour équilibrer les fluctuations éventuelles. Dans le cas où l'un de ces deux systèmes serait fortement ébranlé, le cœur en subirait toutes les suites et conséquences fatales.

Il est certain que, dans les cas étudiés ici, la mort arrive d'abord par l'arrêt respiratoire (nerf phrénique + nerfs intercostaux), ensuite par l'arrêt du cœur (nerf phrénique + pneumogastrique et les rameaux cardiaques de ce dernier en particulier ou bien : nerf phrénique + sympathique et ganglions cardiaques).

En tout cas, on peut envisager le schéma suivant des réflexes : Point de départ = Phrénique. Intermédiaire = 1° Vague (accélération, folie cardiaque); 2° Sympathique (ralentissement, arrêt). Cette dernière hypothèse paraît plus plausible. Il est aussi évident qu'une lésion, qu'un fléchissement préalable de ces deux systèmes, du vague en particulier, favorise énormément la marche rapide du réflexe phrénico-vago-cardiaque.

Ainsi, dans les cas signalés au début de cette note, le nerf récurrent étant lésé, la compression du phrénique par le sac anévrismal, par le néoplasme cancéreux de l'œsophage, l'adénopathie récurrentielle tuberculeuse a rapidement amené la mort. Il serait intéressant de faire l'examen histologique du diaphragme et de ses nerfs dans les cas suspects (médico-légaux) et autres.

Et en particulier dans les cas de mort subite par le chloroforme, il y aurait plus impérieusement lieu, en notre temps, où le corps médical est en butte aux attaques les plus vives, au point de paralyser bientôt, si cela continue, l'initiative du médecin au détriment même des malades, d'exiger dans les

rapports médicaux légaux l'établissement de tous les détails anatomiques. Car, à part les compressions et altérations nerveuses, dont il vient d'être ici question, et auxquelles il faut savoir reconnaître l'importance qu'elles comportent, l'absence constante de toute autre lésion dans les cas de mort subite de cet ordre donne une importance spéciale aux faits anatomiques qui viennent d'être exposés.

GUISEZ

D'une méthode nouvelle d'anesthésie sûre et sans danger par le chlorure d'éthyle avec appareil de Decolland.

Le chlorure d'éthyle est un liquide qui bout à 12°, se volatilise rapidement, se fixe de même dans le sang et s'en élimine de la même façon. S'il est pur, ce gaz est sans danger, dit la physiologie, qui nous a en outre déterminé la dose nécessaire pour obtenir l'anesthésie sans arriver à la dose toxique, soit 3 cc. Dès le début, administré à l'aide de la compresse, il y avait dans ce mode d'administration une trop grande quantité d'air avec une déperdition de gaz dans l'absorption.

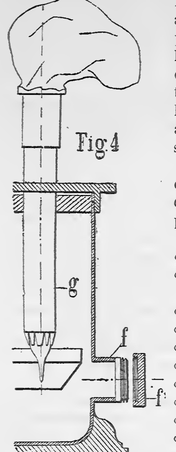
Les masques viennent de se créer pour utiliser l'ampoule qui contient la dose déterminée (2 ou 3 cc. pour l'anesthésie de courte durée).

Ils deviennent nombreux, et tous les inventeurs s'ingénient à les perfectionner sans se soucier de la physiologie qui a une loi commune à tous les anesthésiques et que l'on pourrait résumer par la formule suivante : « La narcose doit s'accomplir sans brusquerie, sans surprise et l'imprégnation anesthésique doit se faire d'une façon essentiellement progressive. »

En effet le masque se compose d'un bourrelet pneumatique qui épouse la région bucco-nasale, d'un récipient qui reçoit le liquide et d'une vessie qui sert de réservoir d'extension pour les temps de la respiration.

En employant cette méthode que se passe-t-il ?

Parmi les inconvénients nombreux, l'excitation persiste ainsi que l'étouffement. Ceci est dû à une trop rapide volatilisation des liquides anesthésiques, volatilisation provoquée par l'élévation de température, causée par le voisinage de la face du patient et le contact des mains de l'opérateur sur l'appareil. Il y a sidération. Quelques auteurs préconisent de chauffer l'appareil en hiver et le refroidir avec de la glace en été, il devient ainsi très difficile de déterminer une température qui pourrait quelquefois tomber dans les extrêmes c'est-à-dire amener trop rapidement la volatilisation ou bien la retarder.



J'emprunte ici un passage dû au distingué anesthésiste le Dr Sauvez qui l'expose dans la *Clinique* (1). En parlant des masques il dit :

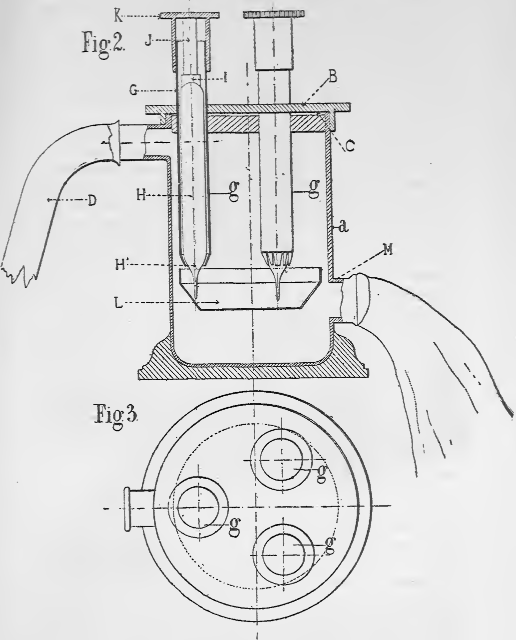
« Nous en avons expérimenté « beaucoup et nous n'avons pas été « satisfait.

« Dans un grand nombre, on brise « l'ampoule dans le masque au mo- « ment où on vient d'appliquer ce- « lui-ci sur la figure du patient ; le « fracas du bris de l'ampoule et le « sifflement qui se produit effraient « beaucoup de sujets nerveux et im- « pressionnables qui cherchent im- « médiatement à se défendre, à lut- « ter avec l'anesthésiste et sont dès « lors admirablement préparés pour faire une belle période « d'excitation ; nous proscrivons ceux-ci.

« Dans beaucoup, le malade inspire du premier coup, sans « air et sans qu'il soit possible d'en donner autrement qu'en « enlevant le masque, les vapeurs qui se dégagent de l'am-

(1) De l'anesthésie de moyenne durée, 19 juin 1908.

« poule brisée et nous avons constaté, pour l'avoir expéri-



« menté maintes fois et sur nous-même, combien est dés-
« agréable, terriblement désagréable le passage de ces vapeurs

« irritantes qui arrivent d'emblée dans le larynx et la tra-
« chée. Cette sensation d'étouffement pénible, de suffocation
« angoissante, prédispose à la syncope laryngo-réflexe.

« Un gros désavantage présenté par la plupart des mas-
« ques est aussi que, si l'on est amené à opérer dans le décu-
« bitus dorsal, le malade est exposé à absorber des débris de
« verre ou de liquide, ce qui pourrait occasionner des acci-
« dents graves.

« Beaucoup de masques ne présentent pas de soupape
« d'expiration, de sorte que le malade inspire de l'acide car-
« bonique et des gaz divers qu'il a expirés précédemment.

« Nous avons constaté, dit-il, en employant l'appareil Décol-
« land, le peu de phénomènes d'excitation, la rapidité de
« l'anesthésie, la conservation de la couleur normale de
« la face, le retour rapide de l'état de réveil absolu,
« sans nausées, et la rareté de l'émission d'urine pendant
« l'anesthésie. »

Comme vient de le dire le Dr Sauvez, dans ses justes observations, il est un point essentiel qui a été négligé jusqu'ici. Les appareils destinés au chlorure ne possèdent pas de soupape et ils ne peuvent en recevoir à cause de leur rapprochement avec le chlorure d'éthyle qui s'éliminerait par ce passage. S'il a été dit que le chlorure d'éthyle devait s'administrer avec le moins d'air possible, à cause de son extrême volatilisation, il ne faudrait pas, pour satisfaire une technique, faire de l'anesthésie une loi générale, qui dirait à son tour :

« L'anesthésie par le chlorure d'éthyle doit se faire sans
« air. » Je me ralie à M. Decolland :

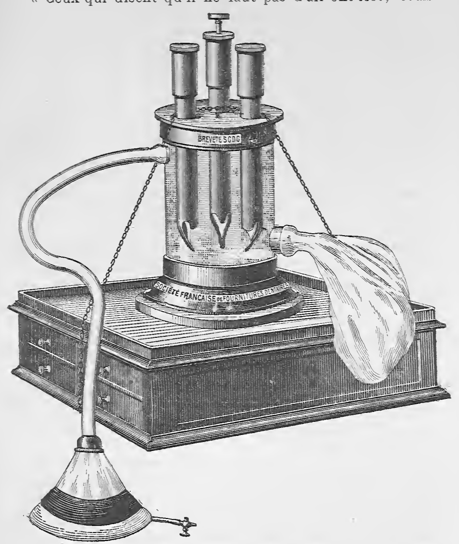
« Lorsqu'il s'agit en effet de variétés de terrains aussi dis-
« semblables que celles que présente l'organisme humain,
« où les idiosyncrasies peuvent révéler de l'intolérance mal-
« gré le plus minutieux examen, il serait dangereux qu'on fît
« d'un procédé spécial une généralité. »

D'ailleurs, la clinique nous donne journellement raison : sur un sujet nerveux l'anesthésie débutera par une période d'apnée; il suffit d'un appel d'air pour la dissiper. Chez un émotif, ne vaut-il pas mieux l'acclimater par un mélange? Enfin, chez cet éthylique qu'il est difficile d'imprégner, faut-il le condamner à respirer ses gaz éliminés? La prudence

fera à nouveau appel à cet air qui contient de l'oxygène et une partie vitale que nous ne connaissons pas.

C'est ce qui a fait dire au Dr Pinet :

« Ceux qui disent qu'il ne faut pas d'air ont tort ; ceux



« qui disent qu'il en faut ont tort chimiquement. Certains « malades ont besoin d'avoir un peu d'air ; pour d'autres « il n'en faut pas du tout. La question de terrain prime « tout. »

Dans cette communication, mon intention n'a pas été de vous

exposer une théorie personnelle. Il est évident que chacun a ses habitudes et selon sa méthode obtient d'excellents résultats. Toutefois, chacun n'a pas le doigté particulier que nécessite une pareille intervention, il faut surtout la pratique. C'est pour y suppléer, que des appareils ont été construits (Roth, Regnier, Ricard) appareils possédant l'immense avantage de distribuer le chloroforme par doses progressives et réglables à volonté suivant la nature du sujet.

Ce sont ces mêmes fonctions que nous allons retrouver dans un appareil pour le chlorure d'éthyle, qui vient supprimer tous les desiderata que nous avons signalés plus haut et qui fait de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle une méthode que je dis sûre et sans danger.

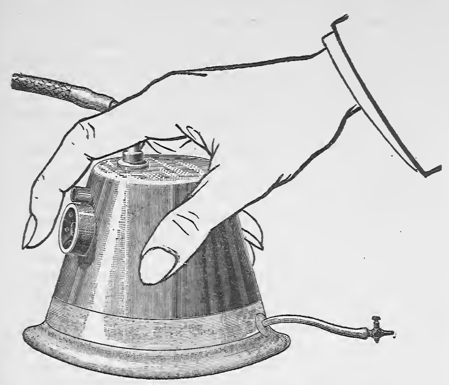
C'est un dentiste, M. Décolland, qui vient de le mettre en valeur et, dans la description que j'emprunte d'une de ses communications, nous allons en voir la physiologie et connaître la technique.

Description de l'appareil. — Le principe de mon appareil réside surtout dans l'observation d'un phénomène et qui en fait sa particularité. Lorsque l'on brise une ampoule dans un verre, ou même sur une simple plaque de verre, on voit le chlorure d'éthyle rester sous la forme liquide, grâce à l'abaissement de température produite par la vaporisation initiale et partielle. L'évaporation du liquide se fait ensuite progressivement et relativement lentement ; de même, lorsque nous brisons une ampoule de chlorure d'éthyle dans notre appareil, le chlorure projeté sur le fond du vase produit par sa première volatilisation une réfrigération qui tient le liquide en suspens.

Ce n'est que progressivement, la respiration s'effectuant dans une vessie annexée à ce vase, que le malade absorbe l'anesthésique. En effet, le passage de l'air d'expiration, en se rendant dans la vessie, produit une élévation de température, et amène par suite secondairement la volatilisation progressive du liquide. Les vapeurs anesthésiantes, produites lentement, sont de cette façon absorbées sans brusquerie.

L'appareil se compose de deux parties : le récipient et son masque, reliés par un tube en caoutchouc du volume de la trachée et d'une longueur de 45 centimètres environ.

Le récipient est en verre et porte deux tubulures, une pour le tube, et l'autre, pour la vessie, destinée à jouer le rôle de réservoir extensible offert au déplacement de l'air pendant les temps de la respiration. Le récipient est obturé par un couvercle qui possède un certain nombre de cylindres en métal, pour recevoir les ampoules, et munis d'un butoir pour pouvoir les briser en appuyant sur leur sommet. Le masque



est en métal et possède une soupape d'expiration à laquelle est adaptée une prise d'air pour compenser l'air expiré. L'opérateur l'ayant en main entre le pouce et l'index, peut à son gré, avec ce dernier, paralyser sa soupape et sa prise d'air et les rendre libres successivement, au moment où il le juge nécessaire.

L'appareil peut être fixé sur une table à l'aide d'une chaînette. L'opérateur l'aura toujours sous la main pour continuer une anesthésie. Sur l'un des porte-ampoules, un petit ballon-

net (doigtier en caoutchouc léger) peut être fixé, pour mieux faire percevoir à distance, par ses oscillations, les temps de la respiration, rôle important qui confirmera la marche normale de la ventilation, et de l'anesthésie confirmée à la période rythmique.

Pour l'éther, il serait utile, à seule fin de faciliter la volatilisation du liquide, de le répandre sur de la fibre de bois déshydratée déposée dans le fond du vase. Doser l'entrée de l'air en débouchant un ou deux porte-ampoules, laisser la soupape et son admission d'air fonctionner librement.

Avant de terminer, je me permets de mentionner deux procédés que nous employons pour l'anesthésie de moyenne et de longue durée. Au cours d'une intervention buccale jugée, au début, de courte durée, il est nécessaire, avant de procéder à une nouvelle anesthésie, d'attendre le réveil du malade et le forcer à expulser le sang et les débris anatomiques qui peuvent être avalés ou s'écouler vers la trachée; causes de vomissements post-anesthésiques attribués à tort au chlorure d'éthyle.

Il en sera de même pour l'ouvre-bouche qu'il est utile d'enlever dès l'anesthésie terminée, pour éviter les inconvénients que nous venons de mentionner plus haut et faciliter la respiration qui se trouve altérée par l'ouverture exagérée de la bouche. Pour l'anesthésie de longue durée au chlorure d'éthyle, on agit comme si l'on exécutait sur le même malade une série d'anesthésies de courtes durées, sans attendre son réveil, en prenant soin d'enlever le masque, pour lui faire respirer de l'air entre chaque période d'inhalation éthylique et obtenir une large ventilation, ce qui évitera l'accumulation du chlorure. Pour les narcoses combinées, ou chlorure d'éthyle chloroforme ou éther, nous versons dans l'appareil quelques grammes de chloroforme ou d'éther, et nous brisons une ampoule de chlorure d'éthyle, ce qui a pour avantage d'acclimater les cellules au chloroforme ou à l'éther qu'elles vont recevoir soit à l'aide de la compresse ou d'un appareil.

M. Mahu remarque que l'appareil, si ingénieux, mais un peu encombrant, de M. Decolland et qui doit être d'une grande utilité pour les anesthésies prolongées, paraît être moins utile pour les laryngologistes qui se transportent le plus sou-

vent à domicile pour les petites interventions et, en particulier, pour les végétations adénoïdes.

Dans le masque de Camus que Mahu emploie depuis longtemps déjà, on peut facilement graduer l'action du chlorure d'éthyle, à la condition que l'ampoule soit, au moment de son introduction dans le masque, à une température assez basse (sortant de la glace par exemple) et portée progressivement à une température de plus en plus élevée en chauffant le récipient avec de l'ouate hydrophile imprégnée d'eau chaude.

P. Collinet

Sporotrichose du larynx

Dans les observations déjà nombreuses de sporotrichose relatées jusqu'à ce jour, on avait signalé plusieurs fois l'existence du sporotrichum Beurmanni, à l'état saprophytique, à la surface de la muqueuse buccale pharyngienne ou amygdalienne ; mais on n'avait pas trouvé encore de lésions de ces muqueuses, attribuables au sporotrichum. Dans le cas que nous rapportons, les altérations de la muqueuse laryngienne et pharyngienne semblent bien reconnaître le sporotrichum comme agent pathogène; c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation.

La malade dont il s'agit a été présentée à la Societé médicale des Hôpitaux, le 25 octobre 1907, par MM. de Beurmann, Brodier et Gastou pour de nombreuses manifestations sporotrichosiques. C'est l'histoire de ces lésions laryngées et pharyngées que nous allons relater.

Le 12 septembre 1907, le Dr Brodier nous conduisit une des malades du service du Dr Hallopeau qu'il remplaçait à cette époque. Cette malade, âgée de 66 ans, de petite taille, avait l'aspect cachectique et amaigri. Elle était en traitement à l'Hôpital Saint-Louis, depuis le 10 août, pour les ulcérations sporotrichosiques de la face, des membres supérieurs, du membre inférieur gauche et du tronc. Plusieurs de ces ulcé-

rations n'étaient pas encore complètement cicatrisées, notamment une assez large sur le front.

La malade éprouvait surtout une douleur intense à la déglutition, l'empêchant d'avaler sa salive qu'elle rejetait de temps en temps en crachant; on était obligé de lui badigeonner la gorge avec de la stovaïne ou de la cocaïne pour lui permettre de s'alimenter. Sa voix était éteinte, enrouée, depuis près de deux mois; la douleur de la déglutition semblait régner au niveau du larynx. Elle toussait assez fréquemment et expectorait des crachats mucopurulents.

A l'examen du pharynx on ne constatait rien d'anormal sauf cependant au niveau des deux piliers postérieurs qui semblaient un peu tuméfiés, le pilier gauche paraissait un peu plus volumineux que le droit.

L'aspect du larynx était en revanche tout à fait extraordinaire. Toute la partie visible de l'organe étant remplacée par une masse charnue, mamelonnée, irrégulière, dans laquelle on reconnaissait difficilement les différentes parties du vestibule laryngien. On ne saurait mieux le comparer qu'à un col utérin cancéreux en pleine dégénérescence. Les deux faces et le bord de l'épiglotte disparaissaient sous une masse de bourgeons végétants, un peu rosés, serrés les uns contre les autres et ne laissant voir aucune surface de muqueuse saine entre eux. Les replis aryténo-épiglottiques et la muqueuse aryténoïdienne étaient cachés eux aussi sous cette couche proliférante. Sur le bord interne des replis ary-épiglottiques, au-dessus des bandes ventriculaires, on voyait deux saillies végétantes surplombant la cavité laryngienne, exaspérées au moment de l'inspiration. Ces deux saillies masquaient presque complètement la cavité laryngienne et en rétrécissaient considérablement la lumière.

Etant donnée la gêne respiratoire qu'elles entraînaient il fut décidé, séance tenante, d'en enlever au moins une. Après cocaïnisation de la région, la saillie du côté gauche fut enlevée avec une pince à polypes du larynx. L'ablation ne donna lieu qu'à une très faible hémorragie et permit à la malade de respirer plus librement; elle facilita un peu la vue de l'endo-larynx.

Les bandes ventriculaires étaient recouvertes de petites

végétations leur donnant un aspect granuleux; les cordes vocales, autant qu'il a été possible de les voir, ont semblé un peu rosées et finement granuleuses.

Le fragment enlevé fut mis précieusement de côté pour des recherches histologiques; il mesurait 7 millimètres de longueur sur 3 de largeur et 2 d'épaisseur.

Etant donnés les antécédents de la malade, il y avait tout lieu de supposer que nous étions en présence de lésions dues au sporotrichum; mais il m'eût été bien difficile de porter ce diagnostic, je n'avais jamais vu de larynx ayant cet aspect.

La malade, auscultée soigneusement par le Dr Brodier, avait des signes d'emphysème pulmonaire et des râles humides aux deux bases, mais aucun signe net de tuberculose pulmonaire.

La radioscopie et la radiographie ne donnèrent aucune apparence de lésion pulmonaire. Les autres organes ne donnèrent lieu à aucune constatation anormale; le cœur, les reins, le foie, le système nerveux étaient sains, la température normale.

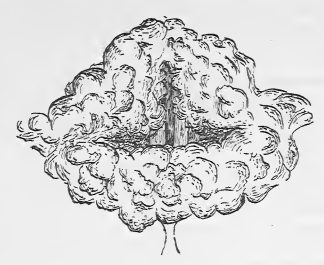
Les recherches de laboratoire faites par MM. Brodier, Gastou et Robert Simon donnèrent des résultats intéressants : à plusieurs reprises le bacille de Koch fut cherché dans les crachats, mais toujours sans succès. Une prise de mucus fut faite dans le larynx avec des tampons de coton stériles, un des tubes ensemencés de cette façon resta stérile, un autre donna tardivement une culture de sporotrichum. Un petit fragment de la muqueuse bourgeonnante enlevé du larynx donna très rapidement une culture très abondante de sporotrichum. Le mucus pharyngé ne donna pas de sporotrichum en culture.

« Le fragment de la végétation laryngée examiné au point de vue histologique donna la structure typique décrite dans les lésions sporotrichosiques par de Beurmann et Gaugerot, nodule d'aspect tuberculoïde par places avec cellules géantes entourées d'une zone de cellules plasmatiques et de cellules lymphoïdes, tandis qu'en d'autres points il y a seulement des amas de cellules épithélioïdes et lymphoïdes. » (1)

(1) De Beurmann, Brodier et Gastou, Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, 25 octobre 1907.

La malade fut mise au traitement ioduré dès le 13 septembre à la dose de 2 gr. d'iodure de potassium par jour; le 16 septembre, la dose fut portée à 3 gr.; du 17 septembre au 12 octobre elle fut de 4 gr.; depuis cette époque, de 3 gr. seulement.

Revue le 24 octobre, la malade nous dit avoir eu un soulagement marqué à la suite de l'ablation de la végétation laryngée, la respiration était plus libre et la voix était redevenue meilleure; mais depuis 2 ou 3 jours l'enrouement serait revenu. L'aspect du larynx est analogue à celui décrit un



mois auparavant. A gauche, le point où la végétation a été enlevée semble cicatrisé et masqué par de nouveaux bourgeons moins saillants. A droite, dans la partie symétrique, la saillie qui surplombait la lumière du larynx paraît beaucoup moins volumineuse: on peut apercevoir les cordes vocales. La corde droite est blanche, un peu irrégulière et mobile; la cordegauche est mamelonnée, moins mobile, presque fixe au moment de la phonation. Il semble qu'au-dessous d'elle, dans la région sous-glottique, il existe des bourgeons charnus analogues aux autres, mais moins volumineux. En aucun point on ne voit d'ulcération. Deux ou trois bourgeons contiennent un petit foyer hémorragique leur donnant l'aspect d'une tache de purpura. Somme toute, l'état général et l'état local sont en voie d'amélioration.

Le 7 novembre la malade revient, se plaignant de douleurs plus fortes à la déglutition. Les aliments pâteux passent assez facilement, mais les liquides refluent dans les voies aériennes si la malade n'avale pas avec beaucoup de précautions. Elle nous avoue qu'elle a cessé l'iodure depuis une quinzaine de jours.

L'examen du larynx est à peu près le même. Sur le bord libre de l'épiglotte quelques végétations sont un peu plus saillantes. Sur le vestibule laryngien, en arrière, quelques bourgeons présentent l'apparence de petites érosions. Le traitement à l'iodure est repris à 3 gr. par jour.

Le 9 novembre, les douleurs à la déglutition sont de plus en plus intenses aussi bien pour la salive que pour les aliments. La malade dit que les liquides repassent de temps en temps par le nez. Le voile du palais est épaissi dans son ensemble sans qu'il apparaisse de végétations ou d'ulcérations sur la face dorsale. La rhinoscopie postérieure est très difficile à pratiquer. Le larynx est dans le même état, avec un peu de muco-pus dans l'intervalle des bourgeons, dont quelques-uns sont très congestionnés et saignent sous l'influence d'un badigeonnage à la cocaïne.

Pendant tout le mois de novembre, on essaie des badigeonnages du larynx et du pharynx avec une solution iodo-iodurée à 1/300, sans aucune modification appréciable de la muqueuse. Les solutions plus fortes sont mal tolérées. On est toujours obligé d'employer la cocaïne pour calmer la douleur et rendre la déglutition moins pénible. L'iodure lui-même est mal supporté et il faut insister pour que la malade l'absorbe; elle en cesse l'usage dans les derniers jours de novembre.

La malade entre à l'Hôpital Boucicaut, dans le service du Dr Letulle, le 1er décembre. Elle attribue à la suppression de l'iodure le mieux qu'elle éprouve à ce moment. La déglutition est moins pénible, la respiration est plus facile, mais la voix est toujours éteinte.

Le 10 décembre, un bourgeon très saillant du bord libre de l'épiglotte est enlevé à la pince; il est utilisé pour divers ensemencements qui ont donné des cultures tardives, typiques de sporotrichum. Plusieurs ensemencements faits avec du mucus

de l'arrière-nez, du pharynx et du larynx, n'ont rien donné. Les examens des crachats au point de vue du bacille de Koch ont toujours été négatifs. Les recherches antérieures se trouvent ainsi amplement confirmées.

Durant le mois de décembre, la régression progressive des bourgeons laryngiens s'est effectuée peu à peu. Mais en même temps de petits bourgeons se développaient sur les piliers postérieurs et les bords du voile du palais, sur les deux faces de la luette et sur la paroi postérieure du pharynx. Soit par suite de la difficulté de l'alimentation, soit par suite des progrès et de la généralisation de l'affection, la malade maigrit pendant cette période et se cachectise de plus en plus. Les ulcérations du front et de la joue redeviennent suintantes. Comme on ne peut décider la malade à prendre de l'iodure à à l'intérieur, on lui fait des injections d'huile iodée qu'elle supporte assez bien.

Voici quel était l'aspect des lésions à la date du 6 janvier 1908. On voit nettement la forme normale de l'épiglotte sur sa face postérieure où il n'y a plus de végétations; quelques bourgeons existent encore sur le bord libre. Les replis aryténo-épiglottiques n'ont presque plus rien, sauf en arrière ou on voit encore des saillies verruqueuses sur la région aryténoïdienne. Les bandes ventriculaires présentent encore des irrégularités leur donnant un aspect mamelonné. Les cordes vocales sont libres, sauf la gauche qui est encore peu mobile. On aperçoit nettement des bourgeons dans la région sous-glottique, surtout à gauche.

Le pharynx est toujours envahi; sa paroi postérieure, les bords, les piliers postérieurs, la face postérieure du voile et des deux faces de la luette sont couverts d'érosions avec petits bourgeons beaucoup moins végétants que dans le larynx; quelques-uns de ces bourgeons ont des taches hémorragiques rappelant les taches de purpura; la malade souffre toujours à la déglutition et se cachectise de plus en plus. Néanmoins elle circule encore sans trop de peine.

Le 13 janvier, à la suite d'une discussion d'intérêt avec un client, la malade entre dans une violente colère et perd connaissance; elle n'est revenue à elle qu'au bout de plusieurs heures. Dans la nuit elle tombe dans le coma et meurt.

A l'autopsie on a trouvé les différentes parties du pharynx et du larynx énumérées ci-dessus tapissées de bourgeons blanchâtres plus ou moins végétants. Ces bourgeons s'étendaient dans la trachée jusqu'à 2 cm. de la bifurcation des bronches. En ce point, au niveau de la bifurcation et dans les grosses bronches, la muqueuse, normale, a fait place à un tissu de cicatrice avec brides fibreuses, comme s'il y avait eu là une vaste ulcération actuellement guérie. Les poumons étaient denses et avaient à la coupe un aspect tout particulier.

Il n'y avait pas de tuberculose pulmonaire sauf dans un sommet un petit foyer ancien mais cicatrisé. Les ganglions trachéobronchiques étaient très volumineux. Ces lésions feront l'objet d'une étude spéciale. On n'a trouvé nulle part d'altération dans des organes pouvant expliquer la mort.

Etant donnés les antécédents de la malade et l'aspect des lésions, on pouvait songer à une localisation du sporotrichum sur la muqueuse du larynx comme agent pathogène. Les examens histologiques et les cultures semblent confirmer jusqu'à l'évidence cette opinion. L'apparence du larynx n'était comparable à aucune affection connue de cet organe.

La tuberculose à forme végétante ou papillomateuse ne revêt pas une allure aussi diffuse dans le larynx, certains points seuls sont envahis; la généralisation à toute la surface de l'organe des pseudo-polypes n'a pas été observée, ce nous semble. Dans ce cas on trouverait facilement de nombreux bacilles dans les crachats, les lésions pulmonaires viendraient en aide au diagnostic et on n'aurait pas une régression aussi marquée des lésions au cours de leur évolution.

Certaines formes de syphilis tertiaire peuvent se manifester par des gonflements irréguliers de la muqueuse plus ou moins proliférante, sorte de condylome portant sur différents points du larynx, mais ne revêtant pas l'aspect végétant et diffus qui caractérisait l'affection de notre malade.

Nous avons observé il y a quelques années un malade qui présentait un voile du palais tapissé de végétations blafardes analogues à celles qui recouvraient le larynx qui fait le sujet de cette étude; quelques végétations semblables s'étalaient aussi sur l'épiglotte, mais il n'y avait pas de douleur, et une ulcération profonde de la langue évoluant sournoisement vint

faire porter le diagnostic de syphilis qui jusqu'alors était hésitant et ne se faisait que par exclusion. Cette malade supportait très mal le traitement antisyphilitique; elle guérit néanmoins presque spontanément, et les végétations du début firent place à des cicatrices qui confirmèrent en dernier ressort le diagnostic de syphilis. On peut se demander rétrospectivement si elle n'a pas eu une localisation de sporotrichum sur sa muqueuse palatine et épiglottique coïncidant avec sa syphilis. C'est évidemment très douteux et il s'agissait probablement de syphilis uniquement.

Les papillomes diffus du larynx se rapprochent beaucoup comme aspect objectif de ce que nous avons observé dans notre cas. Mais ils sont moins diffus; ils peuvent occuper plusieurs parties du larynx, sans envahir toutefois l'ensemble de l'organe. Ils ne s'accompagnent pas de douleurs, mais surtout de troubles de la phonation et de la respiration. Ultérieurement ils peuvent aboutir à une transformation maligne, mais ne régressent pas spontanément.

En somme, les symptômes saillants qu'a présentés notre malade sont : la douleur à la déglutition, les troubles de la voix et de la respiration. Les douleurs ont été en progressant à mesure que le pharynx a été envahi, et il semble bien que, tout en étant douloureuse au larynx, l'affection l'était beaucoup plus dans le pharynx.

Reste la question de pathogénie, bien difficile à trancher. La malade était marchande de salade, mais nous a dit en manger très rarement. Elle manipulait ses salades toute la journée et n'avait aucun soin de propreté. Ses mains ont très bien pu recueillir le sporotrichum sur les salades où il se développe volontiers, et l'introduire dans la bouche avec des aliments autres. Il est probable que l'agent pathogène a été pendant longtemps dans le pharynx à l'état de saprophyte avant de rencontrer des conditions spéciales qui lui ont permis de se développer sur la muqueuse et de se généraliser.

Il semble bien que l'évolution du sporotrichum sur la muqueuse donne un aspect tout spécial à la muqueuse atteinte; aspect qui peut être caractéristique, comme dans notre cas, et permettre de songer à ce diagnostic.

E. Lombard

Volumineux ostéome de l'ethmoïde enlevé par la voie paranasale

Le malade âgé de 19 ans qui était porteur de ce volumineux ostéome fait remonter le début de son affection à trois ou quatre années. Il se plaignait à cette époque d'écoulement nasal gauche peu abondant. Après quelques jours de douleurs frontales, un abcès vint pointer vers le grand angle de l'œil. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une sinusite frontale. La fistule se ferma et se rouvrit à plusieurs reprises, puis resta sèche jusque dans ces derniers temps. Dans l'intervalle, mais surtout depuis 4 ou 5 mois, signes évidents d'obstruction nasale progressive et apparition des déformations faciales en même temps que se rouvrait la fistule du plancher du sinus frontal. Les déformations faciales reproduisent d'une façon frappante les déformations classiques des fibromes naso-pharyngiens avec prolongements dans les fosses nasales et les cavités annexes. La base du nez est élargie, surtout à gauche, l'œil gauche refoulé en dehors et à demi luxé hors de l'orbite. La région du maxillaire supérieur gauche saillante, le sillon naso-jugal presque effacé. En écartant l'aile du nez, on voit la narine gauche occupée par une masse dure, rugueuse, obstruant complètement l'orifice de la fosse nasale. Ce peu de muqueuse qu'on aperçoit est fongueux et saigne au moindre contact. Par le toucher et la rhinoscopie postérieure on reconnaît une masse analogue, également rugueuse, comblant la choane gauche sans déborder dans le cavum qui est libre. N'était l'existence des déformations faciales lentement et constamment progressives, on aurait pu penser à une rhinolithe volumineuse ou à un vaste séquestre tombé dans la fosse nasale.

L'opération a consisté à se créer une voie d'accès par une longue incision paranasale commençant au milieu du sourcil gauche, descendant le long de la branche montante du maxillaire, puis dans le sillon naso-jugal et se recourbant

en suivant les contours de l'aile du nez jusqu'au dessous de la sous-cloison. Après hémostase et rugination je vis que l'orifice piriforme était déformé et notablement inférieur aux dimensions de la tumeur. Pour me donner du jour je fis tomber sur la classique incision paranasale une incision perpendiculaire longue de 4 centimètres environ et suivant le bord orbitaire inférieur, ce qui me permit d'obtenir un lambeau triangulaire qui fut retiré. J'agrandis alors l'orifice piriforme en supprimant à la gouge tout son contour extérieur. Naturellement j'ouvris ainsi le sinus maxillaire qui était réduit à une mince fente verticale et méconnaissable. La cloison nasale est refoulée du côté opposé. L'ostéome avait son pédicule vers l'ethmoïde. Quelques coups de gouge parvinrent à le sectionner en grande partie. Saisissant alors la tumeur avec le grand davier de Farabœuf mis au deuxième cran, je la luxai d'abord, puis l'accouchai doucement par l'orifice piriforme élargi.

Le sinus frontal fut ouvert et curetté. Des débris du pédicule adhérents à l'ethmoïde sectionnés à la pince coupante. Hémostase et suture de l'incision.

La suppuration persista pendant quelque temps par la fistule du sinus et par la fosse nasale, puis finit par se tarir complètement. J'ai revu mon opéré il y a 3 mois complètement guéri. Les déformations faciales s'atténuèrent considérablement, sans doute à cause du jeune âge de l'opéré. Le globe oculaire a déjà presque repris sa place normale et ne présente plus qu'une très légère déviation au dehors.

La tumeur que je vous présente est à forme allongée, multilobée et mesure 8 centimètres dans le sens longitudinal, 4 centimètres 1/2 dans le sens vertical et 3 centimètres 1/2 dans le sens transversal. Aux deux extrémités narinaire et choanale l'os est complètement dénudé.

On peut voir sur la partie supérieure la section du large pédicule qui s'implantait sur la masse de l'ethmoïde.

Dr G.-A. Weill

Remarques sur le traitement du vertige auriculaire

Le vertige se manifeste tantôt comme une entité morbide: il occupe alors la plus forte place dans l'ensemble des symptômes; tantôt il est étroitement lié à d'autres troubles que le malade considère comme plus importants : la surdité, les bruits subjectifs.

Parallèlement à ces types cliniques extrêmes on peut reconnaître deux variétés anatomiques : dans l'une, vertige essentiel, la lésion est labyrinthique; dans l'autre, vertige réflexe, le point de départ est une lésion voisine ou éloignée du rocher et les troubles de l'équilibre sont le résultat d'une perturbation dynamique et souvent aussi d'une excitabilité exceptionnelle des organes de l'équilibration.

Il semble que la thérapeutique du vertige ait fait dans ces dernières années d'importants progrès et c'est à titre d'exemples que je donne les quelques observations qui vont suivre.

La ponction lombaire, appliquée par Babinski depuis 1902 au traitement du vertige, a jusqu'à présent donné les meilleurs résultats; je rappelle que la ponction est faite dans l'espace sacro-lombaire ou dans le quatrième espace lombaire et que la quantité de liquide retiré en une fois est de 15 à 25 cmc. Entre deux ponctions successives il est bon de laisser un intervalle de quinze jours à trois semaines.

57 cas de vertiges caractérisés par des troubles de l'équilibre ou des sensations rotatoires ont été traités par la ponction lombaire et suivis jusqu'à présent dans le service du Dr Babinski à la Pitié.

1er groupe. — 20 malades présentaient un syndrome labyrinthique net: bourdonnements, vertiges avec ictus et nausées ou vomissements, avec diminution notable de la perception aérienne et cranienne du diapason.

11 malades ont été débarrassés de leurs vertiges : 6 jusqu'à présent n'ont pas de récidive; 3 ont été ponctionnés une seconde fois après 2 à 3 ans de guérison pour faire disparaître de nouveaux vertiges, à vrai dire beaucoup moins violents que les premiers.

2 n'ont été suivis qu'un temps assez court (6 mois à 1 an) mais n'ont pas eu de récidive pendant ce temps.

3 malades ont été améliorés seulement par une, deux ou trois ponctions successives; 6 autres n'ont obtenu qu'une amélioration de quelques semaines ou aucune amélioration malgré des ponctions répétées.

2e groupe. — 37 malades chez lesquels le vertige est associé à des lésions de l'oreille moyenne : sclérose, otite adhésive, cicatrices, otites suppurées anciennes, évidements pétro-mastoïdiens.

Dans quelques cas les troubles auditifs sont extrêmement légers; mais, dans la plupart des cas, des bourdonnements continuels ou intermittents, et un affaiblissement de l'ouïe accompagnent les vertiges.

La plupart du temps les vertiges sont provoqués par la flexion ou l'extension forcée de la tête, par la rotation, la marche dans l'obscurité. Deux fois les bruits violents les font apparaître; dans un cas le fait de se moucher provoque le vertige.

Mais souvent aussi les troubles se présentent sous forme de crises avec déséquilibration brusque, sensation de rotation des objets, état nauséeux; exceptionnellement ils reproduisent parfaitement le syndrome de Ménière. Dans beaucoup de cas le malade a la tête lourde, serrée, la démarche hésitante.

24 malades de cette catégorie ont été très améliorés ou guéris de leurs vertiges après une ou deux ponctions.

7 ont été seulement améliorés.

3 ont eu rapidement des récidives.

3 n'ont pas été influencés.

L'effet de la ponction lombaire se manifeste rarement dans les heures qui suivent; généralement c'est après une semaine, lorsque la céphalée consécutive à la soustraction du liquide a disparu. Mais l'amélioration bien souvent s'accentue encore dans les semaines qui suivent : le malade a la tête plus légère,

les crises sont très courtes, moins violentes, s'espacent, disparaissent enfin complètement dans les cas heureux.

Chez plusieurs malades on observait une dépression intellectuelle profonde, apathie, défaut de compréhension, inaptitude complète au travail; ces phénomènes ont progressivement disparu avec les vertiges.

Dans quelques cas les bruits d'oreilles ont disparu à la suite de la ponction, le plus souvent ils persistent ou bien sont atténués.

Malgré quelques cas heureux on ne peut que dans un dixième environ des cas traités reconnaître une amélioration de l'ouïe, mais elle s'est parfois produite d'une manière surprenante.

Syndrome de Ménière. — Abbé B..., 62 ans, Nogent-sous-Vernisson. Depuis l'âge de 18 ans, crises survenant environ toutes les 6 semaines, bourdonnements, vertiges rotatoires, chutes, puis vomissements; surdité complète pendant l'accès. Peu à peu les bourdonnements augmentent et persistent entre les crises; la surdité peu à peu augmente. Depuis quelques années, sensation d'instabilité continue, les crises se rapprochent. Traité avec légère et passagère amélioration par le sulfate de quinine, puis sans succès par le sérum de Trünecek. Depuis, un accès tous les 15 jours environ — Rinn + Schwabach diminué — Weber non perçu.

Entend la voix haute { OG 0 m. 05
OD 0 m. 20

1re ponction le *26 novembre 1903*. — Céphalée supportable. Léger accès dans la quinzaine qui suit, mais état général transformé; peut sortir seul, peut fixer un objet sans le voir osciller, le bourdonnement diminue, l'acuité auditive s'améliore.

7 juin 1904. — Il n'y a plus eu de vertige; le bourdonnement est intermittent et très supportable, voix haute entendue

à { OG 0 m. 15
OD 0 m. 25

Le malade se sent transformé; il avait même du lombago qui a disparu depuis la ponction.

Septembre 1906. — A ressenti de légers vertiges ; revient et subit une nouvelle ponction également bien supportée.

Mars 1907. — Revu en parfait état ; n'a plus de vertiges et entend très suffisamment, dit-il. Son intelligence qui était obscurcie au moment de sa maladie est tout à fait nette depuis 3 ans.

Otite catarrhale chronique avec vertiges. — Ro..., 40 ans. Rouen. Atteint depuis 3 ans de sifflements, et surdité progressive à gauche ; peu à peu survient le vertige : d'une part, petits vertiges avec troubles de la vision et titubation, provoqués par les mouvements brusques, la flexion ou l'extension de la tête ; d'autre part, crises environ une fois par mois ; le sifflement augmente, la tête s'alourdit, le malade perd l'équilibre, voit les objets tourner rapidement et se couche, souvent la crise se termine par des nausées ; il reste malade 2 et 3 jours ; peu à peu tout disparaît, mais le malade a toujours la tête lourde. La surdité augmente après la crise.

Examen le 1er décembre 1904.

Weber OG Rinn { OG — / OD + Gellé { OG — / OD + Schwabaeh { OG prolongé / OD normal

Voix chuchotée { OG 0 m. 40 / OD 3 mètres

Aspect du tympan { OG osselets peu mobiles / OD normal

7 décembre. — Ponction lombaire. Du 7 décembre au 20 janvier 1905 pas de vertiges, le malade se sent allégé. Du 20 janvier au 15 février les sifflements de l'oreille gauche augmentent amenant de légers vertiges.

Du 15 au 25 février décroissance des symptômes jusqu'à l'état satisfaisant qui se maintient depuis lors. A remarquer que depuis la ponction il n'y a pas eu une seule grande crise, que les sifflements ont beaucoup diminué ; quant à la surdité de l'OG elle ne s'est pas modifiée.

Otite cicatricielle. Fracture du crâne. — Pé..., rue des Boulangers, 48 ans. Le 5 novembre 1904 fracture du crâne et paralysie faciale gauche. A sa sortie de l'hôpital,

après 2 mois de traitement, bourdonnements et maux de tête légers. Depuis février 1905 les maux de tête redoublent, des vertiges surviennent; les objets semblent se déplacer, il se laisse tomber, souvent nausées et vomissements après le vertige. Rarement vertiges quand il est couché. L'OG a coulé pendant un mois après l'accident. Etat général: fatigué par le travail physique, artères dures. Tympan OG, toute la partie inférieure est détruite, le manche du marteau est soudé au promontoire.

Weber OG — perception des sons aigus conservée. } GO 0m10.
Sons graves mieux entendus à droite qu'à gauche.
Voix chuchotée. } OD 2 mètres.

Trois ponctions à 1 mois d'intervalle. Après la 3e, amélioration nette jusqu'en octobre 1905. Nouvelle ponction le 10, puis le 30 octobre. Le mois de novembre est mauvais, 3 crises. Depuis, peu à peu s'améliore. Revu en juin 1907, tête lourde mais n'a plus de vertiges. Est entré depuis à la Pitié pour tuberculose pulmonaire.

Depuis plusieurs mois, à la suite des publications de Royet (de Lyon), j'ai appliqué le traitement indiqué par cet auteur à plusieurs vertigineux. Ce traitement consiste à détruire avec le doigt les brides occupant la fossette de Rosenmüller et à libérer les pavillons tubaires de leurs adhérences à la paroi du pharynx. Je peux dire que ce traitement, d'une innocuité complète, a donné chez mes malades de très bons résultats. J'ai pu traiter 9 malades atteints de vertiges et 3 autres qui, sans avoir de sensations rotatoires, avaient de l'hésitation dans la marche et surtout la phobie du vertige. Ces derniers cas n'ont été absolument pas modifiés par l'opération de Royet, ce qui montre au moins que les succès de cette méthode ne sont pas dus à la simple suggestion. Un malade vertigineux, présentant des signes de sclérose labyrinthique sous forme de crises avec chute et nausées mais sans bourdonnements, n'a pas été amélioré. Il a été ensuite traité et à peu près guéri par la ponction lombaire.

Un malade, autrefois traité par la ponction lombaire et qui se plaignait encore de petits vertiges, a été guéri complètement (ceci remonte à dix mois) par la destruction des brides

salpingiennes. Quatre vertigineux légers avec sclérose de l'oreille moyenne ont été également guéris.

Une jeune fille, traitée par le procédé de Royet, présentait une instabilité continuelle et une véritable névrose vasomotrice : l'opération fut répétée trois fois; la première fois, il se produisit une accalmie de onze jours ; la deuxième fois, j'obtins pendant deux semaines la disparition des vertiges par un toucher, énergique il est vrai, mais sans avoir rencontré de nouvelles adhérences. Un troisième toucher dans les mêmes conditions ne donna aucun résultat durable.

Au contraire un malade vu avec le D[r] Launois eut une amélioration passagère après destruction des brides très peu importantes ; un second toucher, au cours duquel je ne rencontrai aucune bride, fit disparaître complètement les vertiges.

Un homme présentait des attaques épileptiformes sans aura, et une instabilité plus que continue. Il portait un certificat de la Salpêtrière concluant à l'épilepsie; à la suite du traitement pharyngien il n'a pas eu depuis 7 mois de nouvelle crise. Un dernier malade avec petites crises vertigineuses portait des lésions cicatricielles nettes dans l'OD, il n'a pas eu de vertiges 6 mois après l'opération de Royet.

Par ce mode de traitement le vertige disparaît aussitôt après le traumatisme produit par le doigt, ou dans les jours qui suivent immédiatement. Plusieurs fois cet heureux résultat survient alors que les adhérences rencontrées sont insignifiantes. Comme le recommanda Royet, j'ai toujours libéré dans la même séance les deux bourrelets tubaires, même quand les symptômes auriculaires étaient unilatéraux.

Crises épileptiformes et vertige. — Octave S..., 27 ans, chauffeur mécanicien. Depuis 5 ans sujet à des crises épileptiformes. Tombe assez brusquement, le plus souvent sans aura, quelquefois après un éblouissement et une sensation de vide devant lui. Depuis un an ses crises sont plus rapprochées. Dans l'intervalle tête lourde, sensation d'instabilité, grande dépression intellectuelle. Porte un certificat signé d'un médecin de la Salpêtrière et signalant qu'il est atteint de crises comitiales. A remarquer cependant qu'il ne s'est jamais

fait de blessures dans ses crises, qu'il n'a pas d'émission d'urine involontaire pendant les crises, que la sensation de fatigue après la crise est de peu de durée ; mais il perd connaissance le plus souvent pendant un temps variant de quelques secondes à 5 minutes au plus.

Examen de l'oreille : affaiblissement général de la perception des sons, mais peu accentué. Voix chuchotée à 2 m. 50. Rinn + Schwabach normal. Aspect des tympans : enfoncement, mais mobilité conservée. La marche les yeux fermés est impossible, de même la station pieds joints ou sur une jambe. Le malade se défend violemment contre le toucher pharyngien, rupture très incomplète des adhérences à droite, très légère hémorragie (10 mai). Huit jours après, le malade revient; malgré sa crainte excessive du toucher pharyngien il réclame l'achèvement du traitement : il a ressenti un soulagement considérable, sa tête est plus libre, il ne chancelle presque plus. Toucher et rupture des symphyses salpingo-pharyngiennes des deux côtés.

Le malade revu plusieurs fois depuis n'a plus eu de crises ; il accuse seulement de loin en loin de légers étourdissements ; il a repris son travail et se considère comme guéri, il s'engage à se représenter s'il a la moindre récidive.

Otite scléreuse. Vertiges. — Mme R. B..., boulevard Pereire, 42 ans, me consulte l'an dernier pour des bourdonnements constants dans l'oreille droite avec sensation vertigineuse presque continuelle : les objets se déplacent surtout si elle regarde à terre ; il lui est impossible de se baisser ou de lever la tête sans que le vertige redouble. Jamais de crises, jamais de nausées. Généralement la malade se sent poussée vers la droite. Cet état a commencé il y a 3 ans et ne fait qu'empirer. L'examen des oreilles montre de la sclérose de l'oreille moyenne, surtout prononcée à droite, avec obstruction de la trompe droite

Weber OD Rinn. { OG + / OD — } Schwabach prolongé à droite

Voix chuchotée { OG 2m / OD 0m05 } Montre { OG 0m80 / OD contre }

Tympan rétracté des deux côtés, mobile à gauche; manche du marteau immobile à droite. A ce moment le traitement consista en cathétérismes avec injections de vaseline liquide par la sonde : légère amélioration.

Avril 1907. Je propose la rupture des symphyses salpingo-pharyngiennes qui est acceptée. A droite nombreuses brides ; à gauche quelques adhérences moins serrées; hémorragie légère. Immédiatement après, le vertige a disparu ; la malade a pu baisser et relever la tête sans éprouver de sensation rotatoire. Depuis l'équilibre est resté parfait. Le traitement par les injections de vaseline est repris ; peu à peu les bourdonnements deviennent moins gênants et cette diminution des bruits subjectifs donne une légère amélioration de l'ouïe.

Conclusion. — Il semble que le symptôme vertige puisse être traité et guéri dans la plupart des cas par un des deux procédés dont je viens de parler. Peut-être la combinaison des deux méthodes donnera-t-elle toute satisfaction dans certains cas complexes. Le mécanisme de ces guérisons n'en reste pas moins très obscur; voici de quelle façon je le comprends :

La ponction lombaire n'agit pas mécaniquement en abaissant la tension des milieux de l'oreille interne, sans quoi le résultat serait presque immédiat et l'amélioration ne s'observerait pas plusieurs semaines après la ponction comme on le voit dans bien des cas. La rachicentèse semble plutôt provoquer au niveau du labyrinthe une action osmotique comparable à celle d'un révulsif cutané sur une lésion profonde.

Quant à la manœuvre de Royet, on peut en expliquer les effets en admettant que la région tubaire est le point de départ de réflexes labyrinthiques. L'inflammation chronique de cette région entretient une excitabilité anormale de l'organe de l'équilibration. Dans ces conditions d'instabilité un trouble vaso-moteur ou congestif, qu'il provienne d'une position forcée de la tête ou d'une digestion difficile, suffit à provoquer le vertige.

Le traumatisme et la saignée locale, qui accompagnent la manœuvre de Royet en interrompant cette chaîne réflexe, font disparaître presque instantanément le vertige.

La destruction des adhérences péritubaires paraît donc,

comme étant la plus simple, la méthode à opposer tout d'abord aux troubles vertigineux. En cas d'insuccès, et particulièrement dans le syndrome de Ménière, la ponction lombaire est formellement indiquée.

Il est naturellement nécessaire de traiter l'affection auriculaire quand elle existe, de même qu'il faut instituer un traitement approprié aux troubles gastriques et circulatoires que l'on aura constatés.

FERNAND PEREZ

Bactériologie, Etiologie et Prophylaxie de l'ozène

Je m'efforce, depuis bientôt dix ans, d'éclaircir cette question si obscure, si discutée, de l'étiologie de l'ozène. Mais je me suis aperçu, au cours de mon dernier voyage, en Angleterre, en Belgique, en Hollande, en Allemagne en Autriche, en Suisse, et aussi en France, que, malgré ces efforts, pour beaucoup de nos confrères, cette maladie est toujours la *bouteille à encre*. Il ne suffit donc pas d'écrire, je ne dirai pas pour convaincre, mais seulement pour indiquer la bonne voie et détruire des théories sans fondement. Il faut faire plus. Il faut venir montrer les preuves expérimentales d'assertions publiées et défendues à l'aide de gravures. Eh bien, Messieurs, ces preuves expérimentales et ce microbe, je les ai rapportés de Buenos-Ayres, et je puis vous les soumettre aujourd'hui, grâce à votre bienveillance et à votre indulgence. Aussi je suis particulièrement heureux de vous adresser mes sincères remercîments d'avoir bien voulu m'accueillir auprès de vous.

Faut-il s'étonner, Messieurs, si la notion de la contagiosité de l'ozène n'a pas fait son chemin ? Nullement. Rappelez-vous ce qui s'est passé pour la tuberculose. Pendant combien de temps a-t-on passé à côté de la contagion tuberculeuse sans l'apercevoir ! Pour l'ozène, nous en sommes aujourd'hui presque comme pour la tuberculose, au temps de Villemin.

Mais j'espère bien que nous rattraperons vite le temps perdu, que bientôt la contagiosité de l'ozène deviendra une notion courante et que nous en parlerons comme un véritable mal social (je ne crains pas de prononcer ces mots). Pour moi, qui recherche la contagion ozéneuse systématiquement et minutieusement dans mon service et dans ma clientèle, cette répugnante maladie apparaît, en effet, comme un véritable mal social. Il ne tue pas, c'est vrai, mais il provoque, dans beaucoup de foyers, bien des malheurs et bien des souffrances morales. Vous verrez, Messieurs, par la suite, qu'il n'y a pas que des rapprochements historiques à établir entre l'ozène et la tuberculose. Il existe aussi entre ces deux maladies de grandes analogies au point de vue de la contagion.

Ces recherches dont j'ai l'honneur de vous entretenir furent entreprises au Laboratoire national de bactériologie de Buenos-Ayres, dirigé par M. Lignières, chef des travaux de l'Ecole d'Alfort et délégué alors de l'Institut de Paris.

Lignières, qui réside à Buenos-Ayres depuis 1898, fait réellement honneur à la science française. Il y a fait des découvertes très remarquables et d'une portée pratique immense. Entre autres, on lui doit la découverte de la vaccination tirée de la *tristeza* ou piroplasmose bovine. Il a créé le groupe des pasteurelloses animales. Je dois citer encore un travail très intéressant sur les tripanosomiases américaine, africaine et asiatique. C'est grâce à ses conseils éclairés et à son dévoument que j'ai pu mener à bonne fin ces recherches si difficiles et si longues. Je puis vous assurer que le contrôle en a été extrêmement sévère.

Tout au début, je m'étais proposé d'étudier le microbe de Lœwenberg. Je parvins facilement à l'isoler; je dois dire aussi que très rapidement je pus établir l'identité de ce microbe, avec le pneumobacille de Friedländer. Désirant établir cette identité sur des preuves indiscutables et définitives, je pratiquai une série de recherches comparatives avec plusieurs Lœwenberg, pris dans ma clinique, et deux Friedländer provenant l'un de l'Institut Pasteur de Paris et l'autre d'un institut de Krech. Je conclus de ces recherches comparatives qu'il était impossible de différencier par des caractères fixes invariables le pneumobacille de Friedländer

et le microbe de Lœwenberg. Je fis aussi un grand nombre d'expériences pour établir si l'inoculation de ces différents microorganismes était capable de produire une rhinite avec des caractères spéciaux. Toutes les tentatives furent suivies d'insuccès. Pas d'affinité spéciale pour la muqueuse pituitaire, le plus souvent pas de rhinite aiguë, pas de rhinite chronique, aucun résultat biologique en somme qui rappelât, même de loin, l'infection ozéneuse chez l'homme.

Le Lœwenberg perdait ainsi tous les attributs de la spécificité. Ce n'est qu'un microbe banal, vulgaire, qui donne sûrement certains caractères physiques à la sécrétion ozéneuse, et c'est tout. Il n'est pas l'agent causal de la maladie, pas plus que le streptocoque n'est la cause de la scarlatine.

La flore bactérienne de l'ozène est extrêmement riche. Par la méthode des plaques, je parvins à isoler les espèces suivantes : la staphylocoque blanc et doré, le pseudo-diphtérique, le colibacille, le *Tetragenus*, du streptocoque, des levures, le pyocyanique, le *Proteus*, le pneumocoque et finalement un coccobacille, qui attira de suite mon attention par sa fétidité et par les caractères de ses cultures ne répondant à aucun des microorganismes décrits. C'est ce microbe qui fait l'objet de la présente communication et que je considère comme l'agent spécifique de l'ozène. Je le nommai *Cocco-bacillus fœtidus ozenæ*.

Ce microbe prend toutes les couleurs d'aniline. Il ne se colore pas par la méthode Gram.

Dans le mucus ozénique et sur les milieux de culture, il se présente sous la forme d'un petit coccobacille. Il ne présente pas des mouvements de translation. Il est aérobie ou anaérobie, facultatif.

Il se développe bien à la température de l'étuve sur presque tous les milieux de culture. A 20°, il pousse lentement.

En bouillon-peptone, au bout de vingt-quatre heures, il forme un dépôt assez abondant, filamenteux. Le liquide qui surnage reste trouble. Pas de voile à la surface. La réaction du milieu ne change pas. Par l'azotite de potasse et l'acide sulfurique, on dévoile la présence de l'indol.

Sur gélose, culture abondante, épaisse, luisante, à bords transparents. En plaques, on observe deux sortes de colonies,

les unes petites, opaques, se développant à l'abri de l'air; les autres superficielles, bien arrondies, d'abord transparentes, mais devenant rapidement blanchâtres et opaques.

Ce microbe ne liquéfie pas la gélatine, il pousse sur pomme de terre, ne coagule jamais le lait et constitue un ferment puissant de l'urée.

Toutes les cultures de ce coccobacille dégagent une fétidité prononcée, spéciale, caractéristique. Ce n'est pas l'odeur du coli, ni celle du pyocyanique, ni celle de la putréfaction. Comme la fétidité des punais, celle de notre microbe présente des variations d'intensité et de durée. L'intensité de l'odeur dépend aussi du milieu de culture; en bouillon-peptone et gélose, elle est assez forte; en bouillon pancréatique et en bouillon-sérum, elle est véritablement répugnante.

Comme vous le voyez, Messieurs, les caractères de ces cultures sont absolument spéciaux. Il s'agit bien d'un nouveau microbe qui se distingue par des réactions très tranchées de tous les microbes décrits. J'insiste sur ce point : n'a-t-on pas décrit le colibacille sous le nom de bactérie septique de la vessie, le *Proteus* sous le nom d'*Uro-bacillus liquefaciens septicus*, et le *Pneumo-bacillus* sous le nom de microbe de Lœwenberg?

Si les caractères des cultures sont bien définis, l'inoculation fournira des données très remarquables sur lesquelle j'appelle dès maintenant toute votre attention.

Un lapin inoculé dans la veine marginale de l'oreille avec un quart de centimètre cube de culture en bouillon-sérum meurt en vingt-quatre heures. Après l'inoculation, l'animal devient triste, il perd l'appétit, la température s'élève. En même temps apparaît à l'orifice des narines une sécrétion purulente, hémorragique, très abondante, qui finit par boucher les orifices des fosses nasales. L'animal se cyanose : la région du dos, du nez, devient œdémateuse.

A l'autopsie, il n'y a qu'une légère hyperémie de la rate. La lésion principale, je dirai presque unique, se montre au niveau des fosses nasales, où l'on trouve les restes d'une violente inflammation. La muqueuse est très hyperémiée et recouverte de mucosités dont la culture donne le microbe inoculé.

Le 30 novembre 1898, j'inocule un autre lapin avec un quart de centimètre cube de culture en bouillon-sérum. Il meurt le dixième jour. Voici son histoire clinique :

Après l'inoculation, la température monte rapidement; l'animal est très triste, la respiration haletante. Le troisième jour de l'inoculation, il survient par les deux narines une sécrétion muco-purulente, épaisse, jaune verdâtre, tellement abondante qu'elle recouvre bientôt presque toute la poitrine de l'animal. La maigreur devient très grande.

A l'autopsie, la rate est énorme; il y a une péricardite avec exsudat, de la congestion pulmonaire. La trachée est congestionnée, ecchymotique par place. Aux orifices des fosses nasales, on remarque une sécrétion extrêmement abondante, jaunâtre, la pituitaire est très congestionnée et recouverte de mucosités épaisses et filantes. Les cultures faites avec du mucus nasal donnent le microbe inoculé avec toutes ses réactions.

Le 9 février 1899, j'inocule six lapins dans la veine de l'oreille avec 2 centimètres cubes de culture en bouillon-sérum. Quatre firent la maladie aiguë et moururent en vingt-cinq heures; un autre résiste pendant cinq jours, toujours avec sécrétion nasale. Un seul survécut, après avoir présenté les signes habituels de la maladie expérimentale; six mois après l'inoculation, il présentait *une atrophie partielle des cornets antérieurs.*

Quatre autres lapins de quinze à vingt jours furent inoculés dans la veine de l'oreille avec un quart de centimètre cube de culture en bouillon-sérum. Après l'inoculation, ils présentèrent les symptômes de l'infection aiguë, tristesse, anorexie, 40,7. Cet état se calma petit à petit et fit place aux signes de la maladie chronique : jetage nasal d'abondance variable, éternuements fréquents, maigreur. L'appétit se maintenait cependant très bon; les animaux dévoraient littéralement leur nourriture.

Tous ces lapins furent sacrifiés un an et quatre mois après l'inoculation. Les fosses nasales étaient striées de mucosités épaisses, filantes, où l'on retrouvait le microbe inoculé; *les cornets antérieurs étaient en outre complètement atrophiés.* Comme vous pourrez le constater, dans un cas, il fait à

peine une très légère saillie sur la paroi latérale de la fosse nasale.

L'expérimentation démontre donc que le *Cocco-bacillus fœtidus ozenœ* a une action élective sur la muqueuss pituitaire, qu'il y produit non pas une rhinite banale, qui est souvent fonction de la virulence du microbe inoculé, mais une rhinite à allures spéciales, caractérisée par son intensité, sa durée, et par l'atrophie qui en est l'aboutissant. Cette atrophie siège invariablement sur le cornet antérieur, l'homologue du cornet inférieur de l'homme. Rhinite atrophique, voilà la caractéristique biologique de notre microorganisme dans la maladie expérimentale; rhinite atrophique, voilà ce que la clinique a toujours affirmé être la lésion anatomo-pathologique de la maladie naturelle chez l'homme. Cette atrophie des cornets n'est plus mystérieuse, comme le disait Grünwald; vous pourrez la reproduire à volonté par inoculation intraveineuse, ou par contagion directe de lapin à lapin. Vous les verrez sur ces pièces aux différents stades de son évolution, ainsi que cela s'observe dans la maladie humaine.

Sur 50 cas de rhinites diverses, le *Cocco-bacillus fetidus* n'existe que dans les cas d'ozène.

Nous étions donc amené, par la bactériologie et par les résultats de l'expérimentation, à concevoir l'ozène comme une maladie microbienne et à affirmer que le *Cocco-bacillus fetidus* en était l'agent spécifique.

En même temps que les recherches de laboratoire nous fournissaient ces données si intéressantes sur l'étiologie de l'ozène, qu'elles nous apportaient des preuves si nettes et si précises de la nature infectieuse de la maladie, une enquête clinique minutieusement conduite apportait son contingent favorable aussi à la théorie parasitaire. Le laboratoire avait dit : l'ozène est une maladie infectieuse; la clinique va démontrer que l'ozène est une maladie contagieuse.

J'ai pu réunir un nombre considérable de cas où cette contagion apparaît très nettement. L'ozène se montre, après cette enquête clinique sur la contagion, comme une maladie familiale, surtout comme une maladie de l'enfance. Il ne s'agit pas ici de contagion facile, subtile, comme celle de la grippe ou de la scarlatine ou de la coqueluche; il s'agit plutôt,

comme pour la tuberculose, de contagion difficile, qui exige des conditions spéciales pour se produire, telles que contact prolongé et intime réalisé seulement dans la vie de famille. C'est une contagion lourde, collante, contagion par des mucosités ou des crachats, contagion affectueuse transmise par les baisers, les caresses, par les mouchoirs passés de mains en mains entre frères et amis.

Dans mon dernier mémoire paru dans les *Annales*, j'ai consigné les résultats de cette enquête clinique sur la contagion ozéneuse. J'ai trouvé 93 cas de contagion humaine familiale et 35 cas de contagion humaine non familiale. En analysant ces observations, on voit que la maladie avait été transmise par :

La mère	47 fois.
Le père	9 —
Les frères	7 —
Les sœurs	27 —
Par la fille à la mère	1 —
La grand'mère	2 —

J'ai rencontré des familles avec :

2 ozéneuses	45 fois.
3 —	20 —
4 —	11 —
5 —	9 —
6 —	2 —
7 —	2 —
8 —	1 —
11 —	1 —

Cette enquête montre encore les différentes modalités cliniques de la maladie. En effet, chez des familles avec 3, 4, 5 et plus de cas d'ozène, vous ne trouverez pas toujours la maladie type avec atrophie totale et croûtes épaisses et verdâtres. Vous verrez dans ce foyer familial d'infection ozéneuse l'atrophie aux différentes périodes de son développement, la sécrétion plus ou moins épaisse et plus abondante, l'odeur plus ou moins prononcée; vous observerez même le tableau clinique du coryza chronique, avec un cornet pâle, de volume presque normal, avec sécrétion filante, qui relie, par des tractus muqueux blanchâtres, la cloison et les cornets, coryza chro-

nique qui, vu isolément, ressemble à l'ozène, comme un embarras gastrique léger de douze à quinze jours de durée ressemble à une fièvre typhoïde ataxo-adynamique; comme une angine pultacée ressemble à une diphtérie maligne à teint plombé et couproconsulaire. C'est la notion de la contagion qui dévoilera ces cas frustes d'ozène. Quand vous examinerez un ozéneux, recherchez systématiquement le foyer d'où il procède. Vous le trouverez presque toujours, si vous y mettez de la patience et de la méthode. Il faut se résoudre à procéder ainsi pour en finir avec toutes ces théories mécaniques héréditaires ou nerveuses, qui encombrent confusément le chapitre de l'étiologie de l'ozène et donnent libre carrière à des essais thérapeutiques souvent dangereux, quelquefois même mortels.

La prothèse paraffinique du cornet inférieur a barré la route à la notion de la contagiosité ozéneuse, et je crois qu'il faudra encore plusieurs années pour calmer l'enthousiasme des paraffinistes et ramener les choses au point. L'ouvrage qui vient de paraître de Moure et Brindel ne parle pas du tout du danger de la contagion, de la transmission de la maladie. C'est là évidemment une lacune fort regrettable.

Ce microbe, dont je viens de vous entretenir, d'où vient-il? Est-il spécial à l'espèce humaine, comme le sont le gonocoque et le *Treponema*, ou bien est-il aussi l'hôte d'autres espèces animales, comme le bacille Gersin?

C'est ainsi qu'intervient une notion toute nouvelle en pathologie, l'origine canine de l'ozène.

Un jour, Lignières, qui poursuivait alors ses études sur les pasteurelloses animales, trouva le *Cocco-bacillus fœtidus* dans un foyer pneumonique, chez un chien rendu malade par inoculation intraveineuse d'une culture de *Pasteurella* canine.

Cette constatation fut expliquée tout d'abord par une contamination accidentelle du laboratoire. Elle nous surprit, cependant, quelque peu, étant données les précautions minutieuses prises dans la désinfection des cages et des différents objets de l'hôpital. Quelque temps après, Lignières retrouva de nouveaux microbes de l'ozène, dont je pus étudier tous les caractères; mais, cette fois, chez un chien atteint naturel-

lement de pasteurellose canine et apporté le jour même de sa mort au laboratoire. Il fallait donc écarter toute idée de contamination accidentelle. Nous étions en présence d'un fait nouveau, très curieux, intéressant au plus haut point et qui imprimait une direction nouvelle à mes recherches.

Je commençai alors l'étude de la flore bactérienne du nez et de la salive de différentes espèces animales pour déterminer si l'existence de ce microbe était un fait spécial au chien ou bien commun à d'autres espèces animales. Ces examens ont été pratiqués chez les animaux suivants : lapins, chiens, chats, chevaux, ânes, porcs, singes, poules, dindes, canards, bœufs, moutons, poissons, crapauds.

J'ai pu isoler, au cours de ces nombreux examens, sériés par cinq, une foule d'espèces microbiennes dont voici l'énumération.

Staphylocoques *albus, aureus, citreus*, streptocoque *subtilis*, *Bacillus mesentericus*, *vulgatus*, *Bacillus megaterium*, un bacille type de la diphtérie, un *Coccus* ovoïde prenant le gram, un *Coccus* lancéolé type pneumocoque, *Bacillus fluorescens liquefaciens* et *non liquefaciens*, colibacille, trois *Paracoli*, le *Proteus vulgaris*, *Bacillus prodigiosus*, une levure rose, un coccobacille que j'ai décrit sous le nom de Palermo, le Friedländer, des *Pasteurella*, un coccobacille non décrit chez le chien, un autre non décrit chez les poissons, finalement et *uniquement chez le chien, le « Cocco-bacillus fœtidus ozenæ »*. Ce microbe est donc un hôte normal des voies aériennes de cet animal. Il pullule quand le chien est atteint de la maladie du jeune âge.

Cette notion de l'origine canine de l'ozène, basée sur des recherches de laboratoire, devait recevoir la confirmation de la clinique.

J'interrogeai donc les différents malades ozéneux pour déterminer aussi exactement que possible la voie de la contagion. Je pris toutes les précautions pour éliminer tous les cas de contagion humaine familiale et non familiale Pour cela, j'observai personnellement tous les parents qui voulaient bien se prêter à l'examen ; je demandai des renseignements précis sur les domestiques, sur l'époque à laquelle la maladie avait débuté, sur l'époque à laquelle les malades

avaient commencé à fréquenter l'école, sur les amis de pension. Et c'est après cette enquête négative que je me décidai à admettre la possibilité de la contagion canine.

Cette contagion canine intervient, comme le démontre une statistique, dans la propagation de l'ozène, plus rarement que la contagion humaine. La cohabitation avec le chien constitue sinon l'exception, du moins un fait peu fréquent. J'ai pu réunir 35 cas de contagion canine probable. Parmi ces 35 cas, il y en a un qui offre toute la précision d'une expérience de laboratoire :

Le voici :

J'examine, un jour, à l'hôpital, une enfant âgée de 4 ans ; elle était manifestement atteinte d'ozène. Pour des raisons spéciales, cette enfant n'avait vu depuis sa naissance que son père, sa mère et un petit chien qu'on lui donnait au lit pour l'amuser. J'examine le père et la mère; leurs fosses nasales étaient normales. Pas de frères, pas de domestiques, pas d'amis. Encore une fois, impossible d'énumérer un autre être vivant que ce petit chien. Il vous arrivera de constater un cas d'ozène aberrant dans une famille avec plusieurs enfants tous parfaitement sains. Mais, dans cette famille, il y avait un petit chien : de tous les enfants, l'ozéneux est le seul à jouer avec lui, à le caresser et à l'embrasser. Il le fait même coucher dans son lit ; vous trouverez dans mon dernier mémoire, paru dans les *Annales*, plusieurs observations de contagion canine calquées sur cette dernière.

Messieurs, je ne veux pas abuser plus longtemps de votre bienveillance.

Parasitisme et contagion, tels sont les deux grands facteurs étiologiques de l'ozène qui permettent d'établir aujourd'hui sa prophylaxie et laissent entrevoir la possibilité de la guérir dans un avenir plus ou moins rapproché.

Nous savons que la contagion peut être d'oirgine canine et humaine; de là découlent les grandes indications primordiales :

1° Empêcher la cohabitation des chiens et des personnes, des enfants en particulier;

2° Eviter le contact intime et prolongé entre un ozéneux et des personnes saines ;

3° Désinfection des mouchoirs et des différents objets de toilette ou de table des ozéneux ;

4° Préférer l'usage des mouchoirs en papier qu'on doit brûler une fois usés.

Je termine en vous demandant de bien vouloir inscrire à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la Société française de laryngologie cette question : « La Contagion de l'ozène ».



Séance clinique du 18 février 1908 tenue chez M. Châtellier à l'hôpital Saint-Joseph

Présidence de M. Mounier

Etaient présents : MM. Grossard, Weismann, R. Foy, Cauzard, Furet, Kœnig, Didsbury, Châtellier, Lubet-Barbon, Mounier, Pasquier, Georges Laurens, Mahu. Excusé : Veillard.

MM. Jacques, de Nancy, et Gaudier, de Lille, sont nommés membres actifs.

M. Perez, de Buenos-Ayres, est nommé membre correspondant étranger.

Présentations de malades :

Parasyphilis grave du larynx. — **M. A. Castex** présente un malade qu'il tient en observation depuis un mois.

Il s'agit d'une affection laryngée chez un homme de quarante-quatre ans, qui, au dire du malade, remonterait à deux ans. L'épiglotte, le vestibule du larynx et une partie de la base de la langue sont envahis par de grosses fongosités grisâtres qui rendent presque méconnaissable la région et présentent par places des points sphacéliques.

Le malade ayant eu un chancre induré en 1887, M. Castex pense que le diagnostic doit être « parasyphilis du larynx », mais l'aspect des lésions fait craindre une transformation en épithélioma, d'autant qu'il a observé récemment cette complication dans un autre cas de parasyphilis du larynx. Le traitement n'a consisté, jusqu'à présent, qu'en inhalations antiseptiques, mais, si la transformation épithéliomateuse se confirmait, il procéderait à la trachéotomie pour éviter la mort brusque qui pourrait survenir.

Polype naso-pharyngien. — **M. Cauzard** présente un malade qui a été opéré, en 1900, de polype naso-pharyngien,

par M. Le Bec et réopéré par lui-même au début de 1902 et à la fin de 1903: cette dernière fois, pour l'explorer, on trépana le sinus maxillaire gauche, qui d'ailleurs ne contenait rien. M. Cauzard a présenté, en 1904, à la Société, ce malade qui paraissait en voie de guérison. Actuellement, il présente un grand prolongement dans la fosse nasale gauche, adhérent aux deux parois, et, dans la région des choanes, un pont fibreux transversal faisant une croix avec le bord postérieur du vomer. Le malade est depuis quelque temps sujet à des hémorragies répétées et assez graves par l'anémie qui en résulte. M. Cauzard demande l'avis de ses collègues sur l'indication de la prochaine opération, et quelle technique ils préféreraient. Il est actuellement d'avis d'aborder les formes nasales par la voie antérieure, et le procédé de Moure, ou rhinotomie latérale, le tenterait.

Discussion

M. Georges Laurens a opéré un certain nombre de malades analogues à celui qui vient d'être présenté, c'est-à-dire porteurs de polypes naso-pharyngiens, petits, rétro-choanaux, avec prolongements nasaux et parfois sinusaux. En pareil cas, le procédé de Doyen n'est pas de mise, l'incision paralatéronasale de Moure laisse une cicatrice; la rhinotomie sous-labiale permet un jour suffisant et un accès facile et large dans la fosse nasale, et le cavum. Dans quelques cas, M. Laurens a adjoint à cette ouverture la résection temporaire ou définitive de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, qui agrandit l'échancrure osseuse.

Il croit cette méthode le procédé de choix pour aborder de petits polypes naso-pharyngiens, avec prolongements intra-nasaux.

M. Furet vient d'opérer un polype naso-pharyngien avec l'assistance de Lubet-Barbon. L'opération, faite sous anesthésie chloroformique et par le procédé Lubet-Barbon, a été très simple.

L'arrachement de la tumeur avec les pinces a paru aisé. L'hémorragie opératoire a été modérée. Durant deux jours, l'état du malade a été entièrement satisfaisant. Le quatrième

jour au matin, à l'occasion d'un léger accès de toux, hémorragie considérable pendant laquelle on a pu croire que le malade allait succomber.

M. Furet vit le malade une demi-heure plus tard, exsangue, quasi comateux, avec un pouls misérable à 140. Injection de sérum. Le soir, température à 40°.

Aujourd'hui, lendemain de l'accident, le malade est beaucoup mieux, le facies est un peu coloré ; température 37°,2, pouls 96.

L'intérêt de ce fait est qu'il faudra désormais compter sur les hémorragies secondaires, dans les interventions sur les polypes naso-pharyngiens.

M. Castex a opéré, il y a quatre ans, un jeune garçon de seize ans, qui avait un fibrome naso-pharyngien avec prolongement dans la choane droite.

Il paraissáit guéri lorsque, brusquement, il y a un mois, l'œil droit a été exorbité et s'est altéré à ce point qu'il a fallu en faire l'ablation. M. de Lapersonne, qui l'a opéré à l'Hôtel-Dieu, a trouvé dans le fond de l'orbite une masse fibreuse ou fibro-sarcomateuse sans connexion avec la fosse nasale. Il s'agit donc d'une récidive à distance.

M. Cauzard. — Je suis heureux d'entendre M. Laurens me proposer la rhinotomie sous-labiale, et de nous dire qu'il s'en est fort bien trouvé pour débarrasser les fosses nasales, les choanes des prolongements fibreux d'un polype naso-pharyngien. Cette technique, qui m'avait au premier abord séduit, me semble donc préférable au procédé de Moure, en l'occasion, puisqu'elle permet de bien voir et d'opérer facilement des deux côtés, comme le dit Laurens.

M. CAUZARD

Sinusite frontale fistuleuse aiguë opérée à froid. Résection de toute la table antérieure du frontal et de la partie interne des deux rebords orbitaires. Guérison.

L'auteur rapporte à la Société un cas de sinusite frontale fistuleuse chez une femme dont il présente la photographie,

faite un an après la résection de toute la table antérieure du frontal.

A la suite d'un violent coryza, céphalée à droite avec œdème frontal et palpébral. Etat fébrile grave. Après avoir pensé à un érysipèle, un chirurgien incise, quelques jours après, au-dessous du rebord orbitaire; il s'écoule un pus fétide qui fait faire le diagnostic de sinusite frontale. Appelé à voir la malade, **M. Cauzard** note du pus dans la fosse nasale, de l'obscurité du sinus maxillaire et il diagnostique une sinusite fronto-maxillaire avec perforation de la paroi orbitaire ou frontale, et propose, comme première intervention, une incision sourcilière et une ouverture du sinus.

Incision des téguments infiltrés, rugination de la paroi antérieure, perforée et nécrosée, exploration du sinus, qui est trouvé de très grandes dimensions, drain à la tête du sourcil. On laisse ainsi refroidir cette sinusite pour faire une cure radicale, que M. Cauzard entreprend quinze jours après. Il est obligé, au lieu de faire un Killian, de réséquer non seulement la paroi antérieure et la paroi orbitaire nécrosées, mais le rebord orbitaire dans ses deux tiers internes avec l'apophyse orbitaire du frontal et le plancher nasal.

L'exploration de la cloison intersinusienne révèle une perforation, et le sinus gauche est rempli de fongosités; il devait se drainer par le sinus droit. Aussi M. Cauzard pensa-t-il alors que la résection totale du frontal était indiquée, d'autant plus que la résection à droite était étendue et aurait laissé une asymétrie désagréable de la face ; c'est ainsi qu'il a réséqué toute la paroi antérieure du sinus gauche, tout le plancher nasal des deux sinus et le tiers interne du rebord orbitaire gauche. Un drain fut laissé vingt-quatre heures à la racine du nez.

La sinusite maxillaire fut ensuite opérée selon la technique du « Caldwell-Luc ».

Douze jours après, la malade pouvait être considérée comme guérie. Il y a un an de cela, et la guérison s'est maintenue.

Les photographies montrent un front concave, mais certainement la défiguration est moins laide que si l'on avait conservé la table antérieure du sinus gauche, car on aurait

obtenu une de ces dépressions si laides, si asymétriques (dépression très exagérée en ce cas particulier) que donne le « Kuhnt-Luc » avec les grands sinus. La parfaite symétrie de la défiguration la rend plus agréable.

M. CAUZARD

Résection sous-muqueuse de la cloison chez une hémophilique méconnue

---

Fillette de 8 ans qui présentait une déviation angulaire de la cloison obturant complètement la narine gauche. Une ablation à la scie ou au rabot aurait certainement laissé une perforation très antérieure. Après tamponnement à la cocaïne et à l'adrénaline et sous chloroforme, la résection sous-muqueuse est opérée, avec beaucoup de difficulté par suite d'un champ opératoire très hémorragique. Après résection le volet muqueux est rabattu et la fosse nasale tamponnée. Pendant 24 beures, il y eut un suintement sanguin très abondant; pendant plusieurs jours, l'écoulement persista mais léger, grâce à l'emploi de chlorure de calcium (4 grammes par jour). C'est le lendemain que la mère de l'enfant nous mit au courant des tendances hémophiliques de sa fille (ecchymoses sous-cutanées, hémorragies nasales, gingivales). Le résultat fonctionnel est assuré, si en arrière la résection n'a pas été idéalement faite; car la fente respiratoire de la fosse nasale gauche est suffisamment large, et la perméabilité nasale est très bonne, comme vous pouvez en juger.

M. GROSSARD présente :

1° Un cas d'adhérence totale du voile du palais au pharynx.

Jeune fille de dix-neuf ans, hérédo-sypbilitique, atteinte, il y a deux ans, d'un mal de gorge caractérisé par des ulcé-

rations mal soignées, car la malade ne fut pas d'abord soumise au traitement ioduré.

Ce mal de gorge dura dix-huit mois pendant lesquels la respiration nasale devint de plus en plus difficile, au point de devenir nulle.

A l'heure actuelle, on constate une adhérence complète des bords libres du voile du palais à la paroi pharyngée et une adhérence à peu près complète de la face postérieure du voile, sauf au niveau d'une perforation ulcérative au pourtour de laquelle on peut engager l'extrémité d'un petit stylet coudé.

2° Un cas de gueule-de-loup

Homme de cinquante-huit ans, atteint de syphilis nasale ayant entraîné la disparition de la cloison nasale, des cornets, du palais osseux et l'effondrement des parties molles du nez.

Début de l'affection en 1904, par une sécrétion purulente nasale soignée par des injections intra-musculaires. Cette sécrétion fut accompagnée de perforation, puis de la destruction complète de cette cloison. La suppuration s'est ensuite manifestée à la partie antérieure du palais osseux, qui se détacha bientôt spontanément; le malade enleva lui-même son palais en trois fois.

Le maxillaire supérieur lui-même s'est détruit en grande partie; toute l'arcade alvéolaire a disparu. Les parties molles du nez et de la lèvre supérieure se sont effondrées.

Le malade parle maintenant très difficilement et ne peut plus, naturellement, mastiquer les aliments.

3° Tumeur de la branche montante du maxillaire

Enfant de trente-quatre mois, de père et mère bien portants, élevé au sein jusqu'à l'âge de 17 mois, ayant commencé à marcher à 15 mois, qui présente, au niveau de la branche montante du maxillaire droit, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. L'enfant était atteinte d'ostéite d'origine

tuberculeuse de l'humérus droit, avec élimination d'esquilles; M. Grossard a pensé qu'il pouvait s'agir d'un abcès froid, mais la ponction exploratrice ayant été négative, l'enfant est présenté pour le diagnostic.

M. Mahu a opéré, il y a quelques années, une jeune femme d'une adhérence complète du voile du palais. Sans insister sur les procédés opératoires, qui peuvent être divers suivant les cas, mais qui ne sont jamais simples, il attire l'attention de ses collègues sur la difficulté à vaincre pour empêcher la formation d'adhérences nouvelles qui se reproduisent avec une extrême rapidité après le décollement, malgré des séances nombreuses de dilatation. Il estime qu'il est indispensable d'administrer en même temps le traitement spécifique et surtout l'iodure de potassium.

M. Kœnig, dans un cas qu'il a opéré l'année dernière et où l'adhérence n'était peut-être pas aussi profonde que ci-dessus, obtint une guérison en introduisant un bistouri fin, coudé et boutonné, qu'il fit faire à cette occasion, dans un petit pertuis qui existait à droite et en incisant à droite et à gauche aussi loin qu'il put aller. Il obtint une ouverture dans laquelle il put passer deux doigts; la malade respire bien maintenant, *car l'adhérence ne s'est pas reproduite*, grâce à la profondeur du pharynx et à l'absence de toute infiltration gommeuse à l'époque de l'opération.

M. Chatellier présente plusieurs malades :

1° Un enfant de huit ans et demi, auquel à l'âge de cinq ans, il a fait successivement un **évidement pétro-mastoïdien pour une otite suppurée ancienne fétide**, puis quatre **ponctions dans l'encéphale** et quatre **dans le cervelet.** On supposait un abcès cérébral qui n'existait pas. Les accidents provenaient d'une septicémie otitique qui a guéri;

2° Une jeune fille qu'il a soignée il y a deux ans pour une vieille **otite suppurée fétide**. Après un *large évidement* qui avait mis à nu la dure-mère, on eut à faire, dans la suite, *le drainage du sinus latéral* thrombosé et suppuré, puis le *drainage du cerveau* pour un vaste abcès intra-cérébral fétide, dans lequel on introduisit trois drains divergents dont certains avaient 11 centimètres de longueur. La malade eut une

hémiplégie complète *du côté opéré.* Il y eut une forte hernie de matière cérébrale. Finalement, guérison totale en quelque mois. Actuellement, la malade est en parfaite santé et travaille régulièrement ;

3° Un malade atteint **d'une mastoïdite suppurée ouverte spontanément dans le conduit auditif par une fistule.** Le malade, étant diabétique et ne présentant pas d'accidents aigus, fut soumis au régime et au traitement antidiabétique afin que l'opération pût se faire dans de meilleures conditions. Sous l'influence de ce traitement purement médical, le malade guérit radicalement sans opération ;

4° Une malade ayant eu, dans les premières années, des suppurations d'oreilles et se présentant à l'hôpital avec un **écoulement fétide de l'oreille droite et une fistule occipitale.** Un stylet introduit dans la fistule pénètre jusqu'à l'apophyse, où il rencontre de l'os à nu. On suppose un Bezold. L'enfant étant très infectée et pleine de *pediculi,* on est obligé de demander à la famille l'autorisation de couper les cheveux. Pendant qu'on fait les démarches nécessaires, le pansement aseptique de l'oreille amène la disparition de l'écoulement de ce côté. Le jour de l'opération, l'oreille ne coule plus, et l'on ne trouve pas de pus dans l'apophyse ; on se contente d'ouvrir le trajet fistuleux depuis l'apophyse jusqu'à la nuque, de curetter la poche suppurante et de drainer après suture de la plaie, qui avait plus de 10 centimètres de long. Guérison complète en douze jours.

Au moment de l'opération, en voyant le conduit sec et l'absence de pus dans l'apophyse, on supposa les lésions centrales et otitiques guéries, et on modifia complètement la nature de l'intervention; on traita l'abcès de la nuque comme s'il n'avait pas eu d'origine otitique. Le résultat fut heureux et le traitement consécutif très abrégé ;

5° **M. Chatellier** rapporte enfin un cas de **pyémie otitique grave** sans qu'il y ait eu de lésions visibles du côté apophysaire. L'ouverture de l'antre fut faite cependant et la malade guérit.

M. Georges Laurens, à propos de la communication de M. Chatellier, rappelle certains cas de pseudo-mastoïdites de

Bezold, en particulier un récent, chez lequel il a dû intervenir plusieurs fois.

Ce sont des phlegmons sous-craniens, sans fistulisation de la part de l'apophyse, et dans lesquels le pus s'étale sous la face profonde des muscles de la nuque, gagne les apophyses transverses des vertèbres et se fait jour à la face profonde du rocher et de l'oreille moyenne.

Dans le cas auquel M. Laurens fait allusion, il n'a dû la guérison de son malade que grâce à la dissection de la face profonde des muscles du cou.

M. Cauzard a eu l'occasion, en juin dernier, d'opérer **un phlegmon de la région profonde du cou d'origine mastoïdienne** s'étendant du bord du trapèze à l'os hyoïde, sous le sterno-mastoïdien. L'oreille avait coulé peu de temps, était guérie, le tympan fermé; la mastoïde, d'apparence normale, était à peine sensible. M. Cauzard a dû faire une résection presque complète de la mastoïde, puis deux incisions pour drainer: la première en arrière de la racine du cou, entre le trapèze et le sterno-mastoïdien, la deuxième dans la région sous-hyoïdienne. Guérison en deux mois et demi.

M. Cauzard.— Je voudrais vous citer l'observation suivante:

Sans parler d'un cas à métastase aussi intéressant que celui observé par M. Chatellier, j'ai trépané en 1904 l'apophyse d'une fillette de 8 ans parce qu'à la suite d'une otite grippale, non ouverte, et de quelques douleurs mastoïdiennes éphémères, l'enfant s'anémiait, dépérissait et présentait les oscillations entre 37° et 39°,5. L'antre, petit, fut trouvé rempli de fongosités sous une corticale un peu éburnée. Pas de pus. Disparition des oscillations fébriles et amélioration de l'état général. Guérison habituelle.

Séance du 10 avril 1908

Présidence de M. Mounier, président

Présents : MM. Mounier, Fournié, Gaudier, Cornet, Mahu, Hautant, Luc, Robert-Foy, Veillard, Kœnig, Guisey, Paul Laurens, Lubet-Barbon.

La correspondance comprend une lettre de candidature du Dr Caboche présentée par MM. Lombard et Bourgeois. — M. Paul Laurens est nommé rapporteur.

Communications :

H. Luc

Application comparative des méthodes d'Ecmann et de Roy chez un même malade évidé des deux oreilles.

Dans le numéro de décembre dernier des *Annales des maladies de l'oreille*, le Dr Roy (de Montréal) publiait un travail tendant à préconiser les pansements du foyer tympano-antral chez les évidés, au moyen de mèches de gaze imprégnées d'huile de vaseline.

D'après l'auteur l'avantage de ces pansements sur les insufflations boriquées préconisées par Ecmann consisterait à éviter l'irritation douloureuse souvent causée par cet agent et en ce qu'ils conserveraient au foyer osseux sa forme et ses dimensions primitives. Ils auraient en outre sur les tamponnements pratiqués avec la gaze sèche la supériorité de ne pas provoquer la formation de fongosités végétantes.

Peu de temps après avoir pris connaissance du travail de Roy, nous eûmes l'occasion de pratiquer, en une même séance, un évidement bilatéral sur un jeune garçon affecté d'otor-

rhée chronique double, et l'ouverture de ses cavités auriculaires nous y ayant révélé des lésions similaires, l'occasion nous parut excellente d'appliquer sur ce même terrain les deux méthodes de pansements post-opératoires que nous avions à cœur de comparer et de juger.

Il s'agit du jeune Louis Langlois, originaire de Chartrettes, en Seine-et-Marne, que j'ai le plaisir de vous présenter aujourd'hui, parfaitement guéri du côté gauche depuis le 12 mars et très approximativement guéri du côté droit. Lors de l'opération double pratiquée le 15 février, il existait à gauche une sténose du fond du conduit, créant un danger de rétention qui décida rapidement notre intervention.

De ce côté l'antre était petit et profond et occupé par un globe de cholestéatome, tandis que ses parois étaient tapissées de lamelles nacrées. En procédant à sa recherche, je rencontrai la dure-mère de l'étage moyen.

A droite, l'antre un peu plus spacieux et situé moins profondément ne renfermait pas de globule cholestéatomateux, mais ses parois étaient tapissées comme à gauche de lamelles nacrées. Les osselets avaient été détruits par l'ostéite.

Des deux côtés, après élargissement des conduits par le procédé de Siebenmann, la plaie est suturée et le foyer tamponné avec de la gaze iodoformée.

Ce pansement est changé au bout de huit jours seulement, la température centrale demeurant normale, puis renouvelé deux fois avec deux jours d'intervalle.

A partir du 27 février la gaze iodoformée est supprimée et remplacée par la simple poudre boriquée dans l'oreille droite où le foyer était simplement tapissé par des lamelles nacrées, et par de la gaze imprégnée d'huile de vaseline goménolée à 1/10 dans l'oreille gauche où le globule cholestéatomateux avait été découvert. Les pansements sont renouvelés tous les jours. Pas plus à gauche qu'à droite ils ne provoquent de douleurs ni d'irritation. Nous devons d'ailleurs faire remarquer chemin faisant que depuis que nous avons appliqué à nos évidés la méthode d'Ecmann, nous ne nous souvenons pas d'avoir observé les douleurs notées par plusieurs de nos collègues sur leurs opérés.

Une semaine s'était à peine écoulée depuis le début de l'ap-

plication des deux modes de pansement que déjà nous constations une évolution différente dans le travail de réparation : à droite (acide borique) tendance manifeste au comblement des anfractuosités du foyer ; à gauche (gaze imprégnée d'huile) conservation de la forme et de la spaciosité originelles du foyer. Nous devons ajouter, pour ce qui concerne ce côté, que l'adjonction de l'huile à la gaze, tout en diminuant manifestement la tendance des surfaces osseuses à bourgeonner, ne nous parut pas la supprimer totalement, et nous eûmes notamment, le 14 mars, à enlever à la curette une petite masse de fongosités développées sur l'éperon du facial et qui menaçait de bloquer le fond du foyer.

Pour ce qui est de la rapidité du travail d'épidermisation cicatrisante, la partie fut gagnée avec une grande avance par l'oreille droite traitée par les seules insufflations boriquées. Dès le 12 mars, en effet, c'est-à-dire moins d'un mois après l'opération, la cicatrisation était de ce côté complète, et vous pouvez constater qu'elle s'est maintenue sous un excellent aspect de surface épidermisée.

Du côté gauche, au contraire, après un laps de temps de 2 mois moins 5 jours écoulé depuis l'opération, la cicatrisation est, à vrai dire, bien près d'être réalisée, mais elle ne l'est pas encore complètement : il reste en effet au niveau de l'éperon du facial une minime surface rouge et humide que l'épidermisation n'a pas encore atteinte. Il est fort probable que dans cinq jours ce résultat sera obtenu, et nous pourrons dire alors que pour l'oreille droite traitée par l'acide borique la guérison aura été réalisée en un peu moins d'un mois, et pour la gauche, pansée avec la gaze huileuse, à peu près exactement en un laps de temps double.

On sera sans doute porté à nous objecter en faveur de la méthode de Roy que, dans le cas de notre jeune malade, la présence du globule cholestéatomateux trouvé dans l'antre gauche, au cours de l'intervention, donnait aux lésions de ce côté un caractère de gravité spéciale. Nous répondrons que l'état des parois des foyers, qui représente bien l'élément pronostic, essentiel en pareil cas, était absolument identique et caractérisé d'un côté comme de l'autre par la présence de lames nacrées. Sans doute l'atrésie du fond du conduit à

gauche s'opposant au libre échappement des produits pathologiques, lors des lavages, avait été cause de l'agglomération des lamelles en question dans le foyer.

Si maintenant vous voulez bien examiner successivement les deux oreilles chez ce jeune malade, vous pourrez apprécier combien différent pour l'un et pour l'autre a été le mécanisme du travail de réparation.

La cavité tympano-antrale du côté droit qui était notablement plus spacieuse que la gauche lors de notre intervention est devenue aujourd'hui de beaucoup la plus petite, par suite du retrait cicatriciel de ses parois, sa portion antrale se trouvant réduite à une légère anfractuosité débordant à peine le niveau du fond du conduit, en haut et en arrière.

Du côté gauche, au contraire, il est facile de distinguer les divers détails topographiques de la région tels qu'ils se montraient lors de l'opération : l'éperon du facial a conservé toute sa netteté, et en arrière et en dedans de lui on aperçoit la cavité antrale qui n'a rien perdu de sa profondeur.

Et maintenant quelle conclusion pratique tirerons-nous de la comparaison qui précède? L'avantage nous paraît rester incontestablement à la méthode d'Ecmann, puisque, en dépit de la présence, dans ce cas particulier, de lames cholestéatomateuses considérées généralement comme une contre-indication spéciale à son emploi, elle donna ici la guérison un grand mois plus tôt que la méthode des pansements huileux; et que l'épidermisation obtenue paraît se maintenir solide, sans tendance à la reproduction des lamelles nacrées. Je compte d'ailleurs suivre ultérieurement ces deux foyers avec le plus grand soin et vous tenir au courant de la façon dont la cicatrisation se maintiendra comparativement dans l'un et l'autre.

Jusqu'à plus ample informé ma règle de conduite, quant au traitement post-opératoire de mes évidés, serait la suivante : après huit ou dix jours de tamponnements iodoformés, tenter l'application de la méthode d'Ecmann et la continuer, si elle est bien supportée. Dans le cas contraire, lui substituer temporairement la méthode de Roy, mais revenir à la poudre boriquée dès que toute trace d'irritation du foyer aurait disparu à la faveur de l'emploi des pansements huileux.

Discussion

M. Lubet-Barbon n'a pas non plus observé ces douleurs consécutives à l'acide borique que la plupart des auteurs ont signalées et il emploie l'acide borique, mais non exclusivement; il arrive souvent qu'on est obligé d'interrompre les insufflations pour mettre des mèches pendant quelques jours, c'est lorsqu'on a été obligé d'enlever quelque granulation.

M. Mahu s'élève une fois de plus contre le procédé qui consiste à laisser combler la cavité dans les cas de cholestéatome. Il a constaté un grand nombre de fois, et souvent plusieurs années après la guérison, des récidives de cholestéatomes qui ont pu être traitées et guéries parce que la cavité était restée suffisamment large, tandis qu'elles auraient continué à évoluer si celle-ci avait été comblée, ce qui aurait nécessité une seconde intervention.

M. Gaudier a employé tour à tour les pansements à l'acide borique et les pansements à l'huile de vaseline. Devant les résultats inconstants il n'a pas insisté et est revenu aux pansements à la gaze.

M. Paul Laurens. — Les pansements à l'acide borique des plaies d'évidement ont été accusés de déterminer des douleurs violentes et de produire un bourgeonnement exubérant et suivi du comblement fibreux précoce de la cavité opératoire. Ces inconvénients ont été exagérés et ne sont pas constatés chez les nombreux opérés et pansés quotidiennement, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Lermoyez. On évite le comblement fibreux et on conserve à la caisse ses dimensions premières si, pendant les deux premières semaines qui suivent l'opération, on tamponne la plaie à la gaze et si on ne commence à employer l'acide borique, pulvérisé et stérilisé, que lorsque la plaie commence à s'épidermiser. Employé à ce moment, l'acide borique ne détermine pas de douleurs et n'excite pas de bourgeonnement.

M. Kœnig fait remarquer que la poudre d'acide borique produit des douleurs quand elle est insufflée les premiers jours après l'évidement, mais pas plus tard une fois que l'os est recouvert de granulations.

M. Robert Foy

L'impotence fonctionnelle nasale Son traitement par la rééducation

---

Ayant eu l'occasion de rééduquer la malade dont on trouvera l'observation dans ce travail, étonné des résultats si rapides obtenus par des moyens cependant bien simples, dans un cas où l'origine du mal était si ancienne, j'ai tenté, réunissant les quelques observations analogues éparses çà et là dans la littérature médicale, de grouper un ensemble de symptômes pathologiques et de troubles fonctionnels toujours les mêmes, ayant la même origine, la même évolution, relevant du même traitement, pour former un syndrome clinique que je dénommerai : impotence fonctionnelle nasale.

M'inspirant d'opinions autorisées telles que celles de mon maître le Dr Lermoyez, des Drs Lubet-Barbon, Vacher ; m'inspirant aussi des intéressants travaux du Dr Rosenthal, aidé des bons conseils du Dr Mahu, j'ai voulu montrer qu'avec des moyens thérapeutiques extrêmement simples, sans instrumentation spéciale, sans manœuvres extraordinaires, compliquées et fatigantes ; avec un peu de patience de la part du médecin, un peu de bonne volonté du côté du malade, on évitera de voir, après des traitements endo-nasals les mieux faits, les plus savants, des malades continuer pendant des années à respirer par la bouche, quand par un traitement ultra-rapide, facile, à la portée de tout oto-rhino-laryngologiste, il eût été possible de supprimer la respiration buccale et d'éviter tout le cortège des graves, terribles et mortelles maladies qui peuvent en être la conséquence.

Le rôle du spécialiste n'est pas seulement de diagnostiquer et d'opérer, mais aussi de rééduquer. La rééducation est le complément indispensable de toute bonne opération.

Observation I (Dr Lermoyez)

(Observation publiée dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 20 janvier 1890, page 65.)

B... (Victorine), quinze ans, blanchisseuse, se présente le 11 juin 1898, à la consultation des maladies du nez, du larynx, et des oreilles, à l'hopital Saint-Antoine. Elle se plaint d'une obstruction nasale complète. Cette imperméabilité du nez date de la première enfance..............................

....

En un mot, c'est le syndrome d'une insuffisance nasale très ancienne avec toutes ses conséquences.

La rhinoscopie donne l'explication de cette imperméabilité nasale; elle constate un éperon moyen de la partie droite de la cloison, et une hypertrophie considérable des deux cornets inférieurs, dont la tête vient de chaque côté s'écraser contre la cloison...................................

....

Pour dégager le nez, mon assistant le Dr Laurens pratique la turbinotomie antérieure des deux cornets inférieurs. La malade est revue deux mois après (11 août); le résultat local est parfait; les fosses nasales sont absolument libres, et par rhinoscopie antérieure, on a une vue nette du rhinopharynx non obstrué. Malheureusement le résultat fonctionnel de l'opération est loin d'être aussi brillant. La malade continue toujours à se trouver dans l'impossibilié absolue de respirer par le nez : il lui est impossible de souffler, de renifler, de se moucher.

Le 20 novembre, je constate de nouveau cette impossibilité absolue d'utiliser les fosses nasales, et cependant elles sont tout à fait libres, puisque la douche d'air donnée successivement par chaque narine pénètre abondamment dans la gorge.

D'ailleurs, il n'y a aucun trouble de résonance nasale (pas de rhinolalie close). Il n'y a non plus aucun réflexe des boissons par le nez. Et cependant quand on maintient de force la bouche fermée, la face se cyanose, les yeux s'injectent, les ailes du nez se dilatént ; au bout de une à deux minutes, la

malade se débat asphyxiant ; puis dès qu'on cesse l'occlusion buccale, on la voit faire par la bouche une série de grandes inspirations pour calmer la soif d'air. On ne peut donc pas nier ce paradoxe curieux d'un nez tout à fait libre et cependant tellement incapable de servir à la respiration, que l'occlusion de la bouche seule suffit à provoquer une apnée absolue.

. . . .

La malade est très minutieusement examinée au point de vue de l'hystérie ; de cet examen découle cette constatation, que nous nous trouvons en présence d'une hystérie latente des mieux caractérisées, et cependant jusque-là insoupçonnée, chez une jeune fille qui n'a présenté aucun antécédent nerveux personnel ou héréditaire. Voici la liste de ces stigmates :

1° Anesthésie générale et complète de toute la surface du corps et à tous les modes de sensibilité ;

2° Rétrécissement concentrique et considérable de la contraction avec conservation de la contraction normale des pupilles à la lumière ;

3° Anesthésie tactile de la langue et perte absolue du goût ;

4° Perte totale de l'odorat ;

5° Diminution considérable de l'acuité auditive.

La malade ne semble pas avoir de zones hystérogènes ; elle n'a d'ailleurs jamais eu d'attaques convulsives. Elle est gaie, aimable, active et s'occupe dans le service de diverses petites besognes, très complaisamment ; elle semble totalement ignorer l'hystérie dont elle est atteinte. . . . .

La nuit, la bouche est close sans ronflement, sans agitation. . . . .

Ave le releveur du voile de Mahu, introduit par le nez, on rétracte fortement le voile du palais, et on le maintient écarté de la paroi postérieure du pharynx : tout spasme du voile est ainsi rendu impossible ; l'occlusion de la bouche est alors pratiquée ; elle produit les mêmes effets que précédemment : l'hypothèse du spasme est donc à abandonner.

Observation II et III (L. Hemington-Pegler)
(Voir *The Jornal of Laryngology*, juillet 1902)

Les deux patientes examinées sont âgées l'une de 24 ans, l'autre de 30 ans. Leur regard est stupide, égaré ; leur bouche

est constamment ouverte; mais elles n'ont pas cependant le vrai facies adénoïdien. Elles ont une respiration exclusivement buccale, et parlent en rhinolalie close.

« Pour ce qui est de leur respiration buccale, elle était si absolue, que si on leur fermait la bouche avec la main, elles étaient dans l'impossibilité absolue de respirer et devenaient positivement cyanosées, prêtes à suffoquer; et pourtant dans aucun de ces deux cas il n'y avait d'obstruction nasale vraie. »

Chez ces deux malades l'auteur signale une douleur sourde localisée à la racine et au dos du nez.

La plus jeune des malades était de plus atteinte d'aphonie hystérique, transitoire d'abord, puis permanente.

Chez toutes deux l'examen des cordes vocales montre au moment de la parole des mouvements rappelant ceux des bègues.

De même le voile du palais est, bien que parésié, le siège de mouvements spasmodiques.

L'examen des deux malades, au point de vue hystérique, montre chez les deux patientes à peu près les mêmes stigmates :

a) Antécédents héréditaires névropathiques ;

b) Hémianesthésie de tout le côté gauche ;

c) Perte du goût et de l'odorat ;

d) Anesthésie pharyngée;

e) L'auteur attribue l'impossibilité de respirer par le nez à un spasme fonctionnel, d'origine hystérique, au niveau des muscles du voile du palais et pour preuve il fit l'expérience suivante :

« Un long ruban fut passé le long d'une des fosses nasales et attiré dans la bouche, derrière le voile; on attache les deux extrémités sur la lèvre supérieure, afin de contrôler l'action du voile, et l'on ferme la bouche avec la main; après de grands efforts et des arrêts temporaires de la respiration, les patientes respirent par le nez. Dans le cas de la plus âgée des patientes, l'effet moral de cette intervention fut excellent, et elle ne présenta plus de troubles respiratoires aussi marqués à aucune des visites suivantes. L'autre patiente n'en tira pas le même bénéfice, et elle est actuellement dans le même état. »

(*Traduction personnelle. Résumé.*)

Observation IV (Dr Lermoyez)

(Observation publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille*, n° 9, septembre 1904.)

Mlle B..., âgée de 21 ans, vient me consulter le 28 novembre 1903, parce qu'il lui est impossible de respirer par le nez. Elle tient constamment sa bouche ouverte, même quand on ne l'observe pas. Elle parle en rhinolalie close, et ne peut se moucher. Elle a la gorge sèche, les dents cariées des vieilles respirations buccales. La nuit, elle ronfle bruyamment, bave sur son oreiller; même en dormant, elle ne respire aucunement par le nez.

Elle se rappelle que, vers l'âge de quatorze ans, à la suite d'un coryza, elle commença à user de la respiration buccale; et peu à peu, elle perdit sa fonction respiratoire nasale. Dès le premier examen, l'insuffisance nasale est frappante. Vient-on à obliger la patiente à fermer sa bouche, on voit immédiatement le thorax se mettre en immobilité et la cyanose de la face apparaît.

Cependant l'insuffisance nasale n'est pas absolue; car de temps en temps, vaincue par le besoin d'air, la malade essaie quelques inspirations par le nez, inspirations saccadées, ataxiques, superficielles, à peine suffisantes pour prévenir l'asphyxie. Or, en examinant ses fosses nasales, j'ai la surprise de constater qu'elles sont absolument libres, plus larges même qu'à l'état normal, car les cornets sont un peu atrophiés. Le pharynx nasal est également béant, et le voile du palais ne présente aucun trouble ni de sensibilité, ni de mobilité. C'est, en somme, la réédition de ma malade de 1899, sauf qu'elle ne présente pas de stigmates vrais d'hystérie. Peut-être la sensibilité tactile est-elle un peu plus paresseuse à droite qu'à gauche, et la région ovarienne un peu sensible à la pression. Mais il n'y a aucune hémianesthésie sensorielle et pas de rétrécissement du champ visuel.

Restait le traitement. Je confiai cette malade au Dr Rosenthal, chef de clinique de la Faculté, qui voulut bien la traiter exclusivement par la gymnastique respiratoire. En quatre séances l'insuffisance nasale, vieille d'au moins sept

ans, avait disparu. Et deux mois après, en janvier 1904, la guérison se maintient complète : la malade ferme sa bouche, respire par le nez sans effort, et ne ronfle plus la nuit. Sa voix est redevenue normale.

Observation V (*personnelle*)

La malade que j'examinais le 27 novembre 1907 me fut confiée par M. le Dr Mahu pour essayer de la rééduquer, car malgré des fosses nasales absolument libres, elle ne peut respirer par le nez, et ce depuis sept ans. La malade est âgée de 32 ans, est mariée, mère de trois enfants bien portants.

Elle est tuberculeuse; il y a huit ans qu'on la soigne pour un sommet gauche; il y a deux ans pour entérite chronique, classée bacillaire.

Elle est syphilitique ; on la soigne actuellement par des piqûres pour une leucoplasie linguale.

Cependant son état général est assez bon, et lui permet une vie très active ; elle se plaint principalement de son tube digestif : mauvaises dents, ulcérations linguales, bouche sèche, mauvaise haleine, amertume, brûlures sur le trajet de l'œsophage, brûlures d'estomac, etc...

La malade n'a aucun stigmate de l'hystérie. Réflexes normaux, peut-être un peu exagérés.

Son caractère, sans être très modifié, est un peu particulier : émotivité, quelques crises de larmes ; dans certaines circonstances, manque de décision. Elle est bien également un peu découragée par toutes les maladies qui tombent sur elle; mais ce qui l'inquiète surtout, ce ne sont ni sa tuberculose, ni sa syphilis, mais c'est son nez : elle est persuadée qu'elle ne respirera jamais par le nez ; elle rend sa respiration buccale responsable de tous ses maux, et elle n'a pas tout à fait tort.

La malade rapporte le début de son affection nasale à environ neuf ans en arrière; elle aurait évolué progressivement. Il y a six ans on commence à la soigner pour rhinite hypertrophique ; à ce moment la respiration buccale est établie depuis un an.

Il y a cinq ans, on l'opère, on lui enlève dans la narine droite le cornet inférieur, et probablement une petite crête de la cloison. Les pansements consécutifs furent longs, la malade ayant eu quelques hémorragies, un peu de suppuration et ayant mouché des croûtes pendant quelques mois. Enfin la malade guérie ne revient plus à l'hôpital; mais elle continue à respirer par la bouche, et ne s'en préoccupe pas davantage, se croyant inguérissable quant à cela. Il y a à peu près un an, la malade revient à l'hôpital : elle remouche des croûtes; nouveau traitement par lavages et pommades : guérison. C'est alors qu'elle m'est adressée pour tenter de la rééduquer.

La malade présente un aspect particulier. D'abord sa bouche est complètement ouverte, et les ailes du nez très rapprochées de la cloison. Elle parle légèrement en rhinolalie close.

Lui demande-t-on de respirer par le nez, aussitôt elle se met à grimacer épouvantablement, à contracter son front, la racine du nez se plisse et elle éprouve à ce niveau un tiraillement pénible, douloureux, non seulement extérieurement, mais il lui semble que cette sensation se prolonge dans son cerveau ; elle se plaint à ce moment d'une sensation d'extraordinaire sécheresse dans les fosses nasales ; enfin et surtout, elle asphyxie, se cyanose; elle essaie en vain de respirer. Etouffant, elle ouvre la bouche pour satisfaire sa soif d'air; elle fait une inspiration buccale : la scène est finie, mais elle est épuisée ; elle n'en peut plus.

Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'en cherchant à analyser le phénomène, on s'aperçoit qu'il est principalement localisé à la narine droite. Bouche-t-on avec le doigt la narine gauche, l'asphyxie est à son comble ; si l'on bouche la narine droite, la malade fait encore des efforts évidents pour respirer, mais bien moindres : l'air passe un peu.

Quant à l'examen local, voici ce qu'il nous apprend :

La muqueuse dans la narine droite est pâle, presque totalement insensible; les odeurs fortes sont à peine perçues ; la malade ne sent absolument pas l'air passer. Du côté de la narine gauche tous ces troubles existent, mais atténués. Les deux narines sont vastes, larges, et l'on aperçoit parfaitement

le cavum; on voit le voile s'élever si l'on fait prononcer la lettre *i* très aiguë par la malade; le voile du palais semble paresseux surtout du côté droit. Le cavum est très libre, assez vaste, et la rhinoscopie postérieure est chez elle des plus faciles. La langue est extrêmement saburrale, comme recouverte d'une épaisse couche de lait caillé; sur le bord gauche une longue ulcération antéro-postérieure, diagnostiquée à Saint-Louis leucoplasie buccale. Telle était la malade lorsque j'entrepris de la rééduquer.

Pensant que son impotence fonctionnelle nasale n'existait que parce qu'à la suite d'une mauvaise habitude ancienne et acquise s'était créée chez elle une idée fixe : celle de ne pouvoir respirer par le nez; que cette idée fixe avait annihilé chez elle toute volonté de réagir et de faire effort pour enrayer la mauvaise habitude acquise; qu'elle était devenue pour ainsi dire aboulique respiratoire; j'estimais qu'il s'agissait ici d'une névrose assez semblable aux crampes fonctionnelles ou professionnelles, et je réglais mon traitement en conséquence. Deux choses étaient à considérer chez elle :

1° L'idée fixe qu'elle s'était créée de son impuissance à respirer par le nez et, comme conséquence, la perte ou la diminution de l'odorat et de la sensibilité nasale;

2° Le trouble mécanique lui-même consistant en une ouverture de la bouche, et sinon en un spasme vrai, du moins en une élévation du voile au moment de l'inspiration. Combattre l'idée fixe, lui prouver que ses fosses nasales étaient libres, que l'air pouvait y passer, que l'odorat, la sensibilité n'étaient qu'endormis, lui apprendre enfin le mécanisme de sa respiration nasale, tel fut mon but.

Première séance (27 novembre)

Avec une soufflerie de Luçae montée sur un embout olivaire, je lui soufflais sous pression de plus en plus forte de l'air dans chaque narine. Au début la malade me dit ne rien éprouver; je lui fais essayer d'inspirer au moment précis où je pousse l'air dans son cavum : après quelques essais elle éprouve une joie, un soulagement immense, une sensation exquise, dit-elle, car elle vient pour la première fois depuis

neuf ans de sentir un peu d'air passer dans son nez et dans sa gorge. A la sensation agréable ressentie, s'ajoutait certainement la satisfaction mentale de la non-existence d'une obstruction nasale. Je lui insufflai alors par la bouche directement dans le cavum, avec une canule de Vacher, de l'air par la soufflerie, et lui plaçant une plaque de Glatzel sous le nez, je lui fis constater de ses propres yeux que l'air passait dans un sens comme dans l'autre.

Pour terminer cette première séance je lui fais faire, sans aucun mouvement des bras, deux inspirations nasales en l'aidant de ma soufflerie; cet exercice lui est très difficile, la malade grimace épouvantablement et se cyanose. Je la renvoie chez elle en lui ordonnant de faire matin et soir deux inspirations nasales devant sa glace en essayant de ne pas grimacer.

Deuxième séance (28 novembre)

La malade est un peu fatiguée des exercices faits depuis la veille; elle accuse quelques douleurs thoraciques, de la sécheresse nasale; elle dit sentir l'air passer dans son nez, mais très peu.

Mêmes expériences et exercices que la veille. Je lui fais faire seulement quatre inspirations au lieu de deux. De plus, je l'exerce à soulever ou à abaisser son voile au commandement sur les voyelles *e*, *i*, et les nasales *an*, *en*, *in*, *on*, *un*.

La malade est un peu moins fatiguée que la veille. Je lui ordonne de faire chez elle quatre inspirations trois fois par jour, toujours devant sa glace, ainsi que des exercices sur les voyelles ci-dessus.

Troisième séance (29 novembre)

Ma malade arrive très satisfaite : elle est moins fatiguée, elle sent de plus en plus l'air passer dans son nez; elle fait moins d'efforts, moins de grimaces en inspirant; elle a pu marcher dehors cinq minutes la bouche fermée. Elle reste devant moi la bouche close sans trop d'efforts, ne l'ouvrant qu'à longs intervalles.

Je refais les exercices de la veille, plus un peu de vibration

du voile avec le moteur; je lui fais sentir également des odeurs de plus en plus fortes, fleur, eau de Cologne, iode, éther, acide acétique, et je redescends cette gamme d'odeurs. Je lui recommande de s'exercer chez elle à sentir des odeurs variées, et lui ordonne six inspirations trois fois par jour avec quelques mouvements d'élévation des bras.

Quatrième séance (30 novembre)

Grande amélioration. Fatigue presque nulle; mouvements respiratoires plus amples, plus aisés. La malade peut rester une dizaine de minutes sans ouvrir la bouche; aussi la langue est-elle moins sale, la digestion meilleure, et les brûlures d'estomac diminuées. Elle sent parfaitement l'air passer dans son nez; l'odorat, la sensibilité nasale sont presque redevenus normaux.

Je répète les exercices de la veille, et donne même ordonnance; je lui dis seulement de faire dix inspirations trois fois par jour au lieu de six.

Cinquième séance (1er décembre)

L'amélioration continue et marche à grands pas. Elle ne fait plus d'efforts pour respirer par le nez, et garde la bouche fermée de plus en plus longtemps.

Je lui fais encore quelques insufflations d'air, un peu de massage du voile, et une dizaine de respirations nasales.

Comme elle se plaint de continuer à dormir la bouche ouverte, je lui fais mettre un bandeau ouaté sur la bouche, la nuit.

Sixième séance (3 décembre)

La malade a retrouvé sa respiration nasale physiologique pendant le jour. Elle sent les odeurs; et la sensibilité tactile de la muqueuse nasale est entière. Le spéculum nous montre une muqueuse rosée, luisante et humide.

Le bandeau nocturne a été mal mis et n'a pas tenu; je lui montre la manière de le placer et de le consolider avec une bande Velpeau.

Septième séance (5 décembre)

La guérison persiste. La malade a dormi la bouche fermée, mais à son réveil elle se plaint que sa langue la fait souffrir, et que les dents ont marqué. En raison de son ulcération, je n'insiste pas, et si sa lésion linguale s'améliore, je verrai à parfaire sa guérison.

20 janvier 1908. — Deux mois après, la guérison s'est maintenue. Elle ne se plaint plus de son appareil digestif. Elle respire toute la journée par le nez. La nuit, respiration mi-nasale, mi-buccale. Sa langue ne va pas mieux quant à l'ulcération; mais elle n'est plus recouverte de l'enduit blanchâtre et épais du début, elle est entièrement nettoyée.

20 février 1908. — La guérison persiste.

25 mars. — Voici trois mois que la malade respire physiologiquement, c'est-à-dire par le nez. Il y a un mois elle eut un fort coryza, et pendant quelques jours, elle reprit sa respiration buccale. D'elle-même elle se remit aux exercices appris; mais il lui fallut quinze jours pour reperdre la mauvaise habitude d'autrefois qui la menaçait.

Elle respire toute la journée la bouche fermée. La nuit la respiration est encore buccale. Quant à son ulcération linguale, à la suite du bi-iodure et d'un limage des dents, elle semble s'améliorer.

Symptomatologie. — En résumé, nous avons cinq malades qui présentent une même affection, dont voici les caractères communs :

1° Toutes ces malades sont adultes: la plus jeune a 16 ans, les autres 24, 30, 21, 32 ans;

2° Toutes sont des femmes;

3° Dans trois cas nous pouvons affirmer une obstruction nasale ancienne à l'origine du mal; dans deux autres cas, nous pouvons, je crois, soupçonner cette obstruction antérieure;

4° Chez toutes ces malades, les fosses nasales sont entièrement libres, parfois même plus larges que normalement;

5° Chez toutes on retrouve la même impossibilité absolue à respirer par le nez, cette impossibilité allant jusqu'à

la cyanose et à l'asphyxie si l'on oblige le sujet à fermer la bouche;

6° Dans aucun des cinq cas, on n'a pu constater un spasme vrai du voile au moment de l'inspiration. Dans les observations I, II, III, l'asphyxie s'est produite bien que l'on eût rétracté le voile soit par le releveur, soit par un cordon passant dans la fosse nasale, ressortant par la bouche et lié sur la lèvre supérieure.

Dans les observations IV et V, les malades ont plutôt tendance à avoir un voile relâché, parésié, que contracturé ou susceptible de mouvements spasmodiques; et toutes deux accusent une légère rhinolalie close ou nasonnement;

7° Chez toutes ces malades, la sensibilité tactile de la muqueuse des fosses nasales est diminuée;

8° De même l'odorat est diminué ou aboli.

Nous pouvons conclure de ces caractères communs que l'impotence fonctionnelle nasale est une affection de l'âge adulte, très fréquente chez la femme, consécutive à une ancienne obstruction nasale, caractérisée par une impuissance absolue à respirer par le nez, impuissance allant jusqu'à l'asphyxie, malgré des fosses nasales absolument libres. Mais à côté de ces symptômes communs, quelques caractères ne semblent pas se retrouver dans tous les cas. Ainsi :

a) Sur cinq malades, trois sont nettement hystériques, deux autres n'ont aucun stigmate de cette névrose;

b) Sur cinq malades, nous en trouvons trois chez qui le traitement psychique n'a rien donné et deux sur qui un traitement psycho-moteur (observations IV et V) a donné des résultats si rapides, qu'ils tiennent presque du merveilleux. Or justement les deux malades guéries sont celles qui ne présentent aucune tare de l'hystérie !

Sommes-nous donc en présence de deux affections différentes par leur nature, mais semblables par leurs manifestations ?

Ou bien il y a-t-il une seule et même affection, mais ayant évolué sur des terrains différents, et ayant été traitée différemment aussi ? Il me faut donc tenter d'élucider la nature de l'impotence fonctionnelle nasale.

Pathogénie. — Cette dénomination d'impotence fonction-

nelle nasale n'est pas nouvelle; on l'a déjà employée, mais avec une conception trop étendue, plus ou moins vague, et surtout dans le sens d'insuffisance nasale. Or impotence fonctionnelle et insuffisanee sont, tout en étant fort voisines, deux affections différentes. Il faut distinguer en effet trois états successifs.

1° L'insuffisance vraie, mécanique, *a materia*. L'air pénètre, mais insuffisamment, parce qu'un obstacle réel, visible, palpable, s'élève sur le trajet naso-pharyngien du torrent respiratoire; comme type, nous prendrons l'insuffisance des adénoïdiens;

2° L'insuffisance fonctionnelle, *sine materia*, consécutive à la précédente, dans laquelle l'air passe dans un nez libre, mais encore insuffisamment, malgré l'intervention libératrice faite pour remédier à l'insuffisance vraie. Comme type nous prendrons ceux que M. Lermoyez a classés sous le nom de « faux adénoïdiens » et dont Jacob, dans sa thèse, a donné plusieurs observations; cette insuffisance fonctionnelle faisant suite à l'autre dans 1/10e des cas;

3° L'impotence fonctionnelle, dans laquelle l'air ne peut absolument plus passer dans les fosses nasales, non seulement libres, mais même trop larges, si bien que la moindre tentative de respiration nasale produit la cyanose et l'asphyxie; affection dans laquelle toutes les fonctions du nez sont amoindries ou annihilées, telles que mouchage, sensibilité, odorat; affection, enfin, résultant, mais à longue échéance, et de l'insuffisance mécanique, et de l'insuffisance fonctionnelle.

Ce sont donc là trois étapes d'une même évolution pathologique; mais chacune présente un caractère bient net, bien tranché, pathognomonique :

a) L'obstacle mécanique dans l'une;

b) L'insuffisance dans l'autre;

c) La suppression totale de la fonction dans la dernière.

Et si, dans les deux premières étapes, le siège du mal est périphérique, dans l'impotence fonctionnelle nasale, il s'est élevé et est devenu central.

Si nous considérons, en effet, la rareté de cette affection, d'autant plus frappante que le nombre des insuffisances

nasales mécaniques ou fonctionnelles est considérable, comment ne pas se demander pourquoi, tant de malades guérissent d'eux-mêmes, sans rééducation ou par quelques simples conseils, de leur insuffisance fonctionnelle post-opératoire, et retrouvent facilement le type respiratoire physiologique, alors que d'autres conserveront pendant des années et perfectionneront, si je puis dire, une respiration buccale antiphysiologique et néfaste; et ces derniers sont probablement très nombreux si l'on tient compte de tous ceux qui veulent bien s'accommoder de cette habitude échappant par cela même à tout examen.

Ces échecs, en tant que résultats fonctionnels, sont bien évidemment indépendants de l'opération et de l'opérateur; celui-ci rétablit parfaitement la perméabilité du nez, et sur ses conseils, le malade ne manque de faire, rentré chez lui, quelques inspirations nasales; dans la majorité des cas, rapidement tout s'arrange : l'insuffisance fonctionnelle post-opératoire n'est que transitoire. Mais chez d'autres, l'insuffisance fonctionnelle post-opératoire devient permanente, et à la longue, s'aggravant, se transforme en impotence. Considérons d'abord les opérations nécessaires, indispensables, à l'accomplissement d'un acte nouveau, conscient et commandé. Outre l'effort intellectuel pour comprendre et l'acte à accomplir et l'ordre reçu; outre aussi l'effort physique indispensable à l'action (ces deux facteurs étant rarement insuffisants), il faut surtout être capable pour agir :

1° De pouvoir faire effort de volonté;

2° De pouvoir faire effort d'attention afin d'extérioriser sa volonté.

Car l'attention est l'auxiliaire inséparable de la volonté; pour pouvoir agir, pour réaliser ce que l'on a voulu, il faut appliquer son esprit, concentrer son intelligence, sur ce que l'on a voulu, c'est-à-dire faire attention. Combien veulent mais ne peuvent pas. Quelques-uns par inintelligence, beaucoup par incapacité à fixer quelque temps leur esprit, leur attention, à un même objet, à une même idée, à un même acte volontaire; leur attention se fatigue rapidement, et leur volonté, non soutenue par elle, se lasse de vouloir,

tels ces neurasthéniques qu'épuise le moindre effort physique ou intellectuel prolongé.

Etablissons encore ce qu'est la respiration nasale physiologique. C'est un phénomène à la fois volontaire, conscient, subconscient et réflexe.

a) Volontaire, parce que nous pouvons à volonté régler le rythme et l'amplitude de nos respirations ;

b) Conscient, parce que si nous le voulons nous pouvons analyser nous-mêmes, décomposer ces mêmes mouvements; nous nous sentons respirer si nous y prêtons attention;

c) Subconscient, parce que généralement nous respirons sans y penser, comme nous digérons; le phénomène se passe en nous-mêmes dans notre subconscient, dont nous pouvons d'ailleurs le tirer pour le placer dans le conscient;

d) Réflexe, enfin, parce que nous respirons en dormant, parce que nous ne pouvons suspendre indéfiniment notre respiration, et qu'à un moment donné, malgré tous nos efforts, le sang surchargé de CO^2 produit une excitation des centres bulbaires respiratoires et détermine le mouvement inspiratoire sauveur.

Supposons maintenant un individu qui pendant des années a respiré par le nez physiologiquement. Progressivement, un obstacle mécanique se dresse sur le trajet naso-pharyngien du torrent respiratoire. Sa respiration de subconsciente va devenir consciente; ayant conscience de sa gêne respiratoire nasale, volontairement il appliquera son attention à changer son mode respiratoire; il respirera donc par la bouche consciemment, et à la longue subconsciemment. Cette nouvelle habitude se substituera à l'autre dans le conscient et le subconscient, et la respiration nasale physiologique se trouvera, après un temps plus ou moins long, totalement oubliée, perdue dans les profondeurs du subconscient.

Libérons les fosses nasales de cet individu : il lui sera nécessaire, pour reprendre son ancienne habitude physiologique, de faire un effort de volonté et d'attention assez considérable, pour extraire de ces profondeurs du subconscient la conscience de cette habitude passée et y rejeter à sa place l'habitude vicieuse acquise. Mais que l'effort de volonté et

d'attention pour ce faire soit impossible, et l'impotence fonctionnelle nasale est établie. Aussi avais-je raison de dire que l'affection de périphérique est devenue centrale ; et c'est parce qu'ils étaient des insuffisants de la volonté et de l'attention, qu'ayant été des insuffisants respiratoires, ils sont devenus des impotents fonctionnels.

Nous nous trouvons donc en présence d'une diminution de l'activité volontaire, c'est-à-dire d'une aboulie, mais aboulie partielle systématisée à une seule fonction, la respiration nasale; car pour tout le reste ces malades sont absolument capables de vouloir, et veulent en effet. De même que certains abouliques sont uniquement incapables de manger, ou de boire, ou d'écrire, ou de marcher, de même d'autres sont donc uniquement incapables de respirer par le nez; et, comme chez tous les abouliques, à cette diminution de l'activité volontaire peut s'associer une idée obsédante, une phobie, la crainte et la certitude d'un obstacle nasal, et de l'impossibilité de respirer (observation V).

Et comment ne pas rapprocher une telle aboulie fonctionnelle systématisée d'une affection bien connue « les crampes professionnelles et fonctionnelles »! Quels sont en effet les caractères de cette névrose dont le type est la « crampe des écrivains » mais dont les variétés sont extrêmement nombreuses?

D'après le Dr Henry Mège elle se caractérise :

1° Soit par des contractures, soit par du tremblement, soit par des phénomènes parétiques ou paralytiques, localisés à un groupe de muscles habitués à exécuter synergiquement un acte fonctionnel ou professionnel.

Or, ne pouvons-nous pas admettre qu'il s'agisse ici d'une parésie localisée à l'ensemble des muscles jouant un rôle dans l'inspiration nasale physiologique, et principalement aux muscles du voile du palais; parésie acquise par la perte prolongée de la fonction;

2° Par le fait que ces phénomènes ne se produisent qu'à l'occasion de cet acte, et en exige la répétition fréquente. Ce caractère s'applique encore à l'impotence nasale;

3° Par le fait qu'ils exigent pour se produire une prédisposition congénitale du sujet.

Comme je l'ai montré, ces sujets sont des insuffisants de la volonté et de l'attention ;

4° Ces phénomènes peuvent être considérés comme des résultats d'aboulie, d'amnésie motrices exclusivement limitées à un acte fonctionnel déterminé, et se traduisant par l'incapacité de régler les contractions synergiques nécessaires à la bonne exécution de l'acte.

C'est ce que j'ai démontré pour l'impotence nasale ;

5° Ces phénomènes relèvent parfois d'une idée fixe, celle que l'acte est impossible à exécuter.

La malade de mon observation (observation V) en est la preuve bien nette. Enfin quand j'aurais dit que les principes du traitement sont identiques dans les deux affections, et consistent en la rééducation psychomotrice, je crois que je serai autorisé à déclarer que l'impotence fonctionnelle nasale, et les crampes fonctionnelles et professionnelles, dont le type classique est la crampe des écrivains, ne sont que deux variétés d'une même psychose.

Je ne crois pas qu'il puisse être ici question de faire entrer l'impotence fonctionnelle nasale dans le cadre de l'hystérie, et je résisterai à la tendance exagérée que l'on a d'étiqueter hystérie ou neurasthénie toute névrose mal connue et mal expliquée. L'impotence nasale a ses caractères personnels, particuliers, systématisés, qui en font une névrose à part, et si sur cinq malades que je présente, à côté de deux qui n'ont absolument aucun des stigmates de l'hystérie, il y en a trois qui les ont très nettement, c'est que l'hystérie est une névrose qui, par les modifications profondes qu'elle apporte à la personnalité mentale de l'individu, favorise le développement de névroses secondaires, et alors accessoires, sur ce terrain tout préparé; et, chose curieuse, elle semble bien dans le cas présent en avoir assombri le pronostic, car les trois hystériques n'ont guère profité du traitement, imparfait, il est vrai, parce qu'à ce moment mal connu; tandis que les deux autres atteintes d'une névrose moins grave et moins polymorphe, parce que systématisée, ont guéries en quelques séances d'une affection vieille de sept et neuf ans.

Je définirai donc l'impotence fonctionnelle nasale : une névrose caractérisée par la parésie des muscles fonctionnant

dans la respiration nasale physiologique et principalement du voile du palais; parésie occasionnant, en l'absence de tout obstacle matériel, un obstacle fonctionnel au passage de l'air dans les fosses nasales et dans le cavum, parésie enfin due à une amnésie motrice à la suite de la répétition fréquente d'un acte antiphysiologique tel que la respiration buccale, mais longtemps nécessaire, chez des sujets prédisposés par un état mental particulier consistant en une insuffisance de la volonté et de l'attention, parfois aussi prédisposés par l'hystérie; cette névrose étant redevable, quant au traitement, de la rééducation psychomotrice.

Traitement

D'après cette définition de l'impotence fonctionnelle nasale, il ressort bien évidemment que, dans le traitement, on a deux buts à poursuivre :

1° Une rééducation psychique;

2° Une rééducation motrice.

La rééducation psychique consiste à gagner d'abord la confiance de son malade pour mieux le rassurer et détruire son idée fixe, son obsession. Appliquons-nous donc à lui démontrer l'erreur qu'il s'est faite, prouvons-lui que son nez est absolument libre, que l'air peut et doit y passer. Pour ce faire je préconiserai les deux moyens suivants, bien simples, reproduisant artificiellement le torrent respiratoire. Utilisant par exemple une soufflerie de Luçae montée sur une olive nasale, j'applique exactement cette olive à l'un des orifices narinaires, laissant l'autre entièrement libre. Faisant prononcer alors au malade, en l'exerçant un peu préalablement, les voyelles nasales *on, ou, an*, lui montrant à bien en placer le timbre dans les fosses nasales, à en exagérer le nasonnement, afin de bien abaisser le voile du palais; la soufflerie étant bien gonflée, je lui insuffle assez vivement de l'air. Le malade sent alors cet air arriver dans ses fosses nasales, dans son cavum, son pharynx et même dans son larynx.

Cette manœuvre ne présente aucun danger pour l'oreille moyenne, l'air ayant devant lui pour s'échapper et la fosse nasale opposée, et l'espace vélo-pharyngien.

De même remplaçant l'olive nasale par une canule métallique de Vacher, utilisée ordinairement pour le lavage du cavum, j'insuffle de l'air en sens inverse; je place l'extrémité de cette canule dans le cavum, et ordonnant au malade, après une large inspiration buccale, de fermer la bouche et d'expirer bruyamment en émettant du nez les voyelles nasales, *on*, *ou*, *an*, je lâche l'air de la soufflerie de Luçae bien gonflée : le malade soit avec sa main, soit mieux encore sur une plaque de Glatzel placée sous le nez constatera *de visu* que l'air passe également à l'expiration. Voici le malade convaincu de son erreur; mais il est nécessaire de répéter plusieurs fois à chaque séance ces expériences, afin de bien ancrer dans son esprit, je dirai cette nouvelle idée fixe que nous venons substituer à l'autre.

Il nous faut maintenant consolider sa volonté, maintenir son attention, en lui parlant, lui expliquant le mécanisme de sa respiration nasale, en lui détaillant le pourquoi et le comment, en l'exerçant progressivement à inspirer et à expirer par le nez, tout en l'aidant de la soufflerie suivant la technique ci-dessus; mais diminuons progressivement la quantité d'air que nous lui fournissons afin de substituer insensiblement à l'air de la soufflerie l'air inspiré ou expiré par le malade. Et ce faisant, nous appliquons un traitement psychique mais aussi moteur, car nous exerçons le malade à rendre synergiques et des contractions musculaires qui ne l'étaient plus, et des fonctions telles que l'ampliation thoracique, la dilatation pulmonaire, l'inspiration nasale (et *vice versa*) qui avaient perdu l'habitude de l'être.

Nous augmenterons ensuite progressivement les difficultés, en habituant le sujet à inspirer et à expirer sans le secours de la soufflerie; nous lui ferons faire quelques mouvements élévatoires des bras à l'inspiration, surtout pour rythmer sa respiration et fixer davantage son attention.

Mais il ne faut pas fatiguer le malade, et nous devons procéder par petites séances, plus fréquentes que longues.

Complétons cette discipline psycho-motrice par quelques vibrations du voile, pour réveiller sa tonicité affaiblie, et exerçons-le à s'élever ou s'abaisser à notre commandement d'abord, ensuite à la volonté du malade en utilisant l'émission

des voyelles *i* et *e* pour l'élever et *an*, *on*, *in*, *en*, *un*, pour l'abaisser.

J'insisterai encore sur l'utilité de faire faire au malade ses exercices devant une glace, d'abord pour l'habituer à modifier ses grimaces et ses efforts inutiles quand il essaie d'inspirer, et aussi pour tenir davantage son attention et sa volonté en éveil.

Le traitement sera complété par un entraînement de l'odorat en utilisant des odeurs courantes de plus en plus fortes, puis de moins en moins, afin d'obliger ce sens à faire, une fois sorti de sa torpeur, de plus en plus attention pour percevoir ce que l'on présentera à sa perspicacité.

Une fois la guérison obtenue, il faudra la maintenir en faisant continuer les exercices pendant un certain temps et en revoyant le malade à intervalles de plus en plus éloignés; car il importe que l'influence du médecin continue à s'exercer même de loin sous peine de voir le malade reprendre sa mauvaise habitude à la première obstruction nasale passagère, tel un simple coryza.

Enfin si le malade, guéri de son impotence fonctionnelle nasale, s'y prête, en a les loisirs, et veut bien surtout en comprendre la nécessité, il faudra réparer chez lui le mal qu'aura fait, pendant des mois et des années, la respiration buccale. Et la rééducation respiratoire locale que nous avons faite sera heureusement complétée par la rééducation de tous les étages respiratoires, et par le développement de la capacité respiratoire du sujet. Rosenthal a fort bien réglé cette rééducation; et grâce à elle nous pourrons rendre à l'hématose son champ normal, fortifier l'état général du sujet, et prévenir peut-être les plus graves affections, entre autres la tuberculose.

Une question reste à élucider : la valeur de ce traitement. Sera-t-il toujours couronné d'aussi rapides succès que dans les observations IV et V? Je considérerai deux cas :

1° Si la névrose est simple, unique, isolée, bien systématisée, s'il n'y a qu'impotence fonctionnelle nasale pure de toute association, la guérison doit être rapide, car par elle-même c'est une névrose légère, ne s'attaquant qu'à une fonction assez mal connue du malade, et dont les idées

fausses qu'il s'en fait sont faciles à détruire et à remplacer par de plus saines.

2° Si elle coexiste avec une autre névrose plus grave, telle que l'hystérie, c'est celle-ci alors qui devient la base du pronostic et le traitement devra s'attaquer en même temps à l'hystérie, terrain mental fondamental, et à la névrose secondaire coexistante. Le résultat du traitement en sera évidemment plus aléatoire, en tout cas plus long et plus difficile. Les trois malades hystériques des observations I, II, III n'ont pas été améliorées; il y a eu, je crois, insuffisance de traitement parce que à ce moment mal connu. Je pense qu'une rééducation psycho-motrice bien conduite les eût guéries, d'autant que leur hystérie semble avoir été assez légère.

Mais si traiter et guérir est bien, prévenir vaut mieux encore; puisque cette affection ne s'installe que progressivement, passant par trois étapes successives : obstruction nasale, insuffisance nasale, impotence fonctionnelle, n'attendons pas que de périphérique elle devienne centrale; et après avoir supprimé l'obstruction nasale, attaquons-nous à l'insuffisance nasale post-opératoire; ne laissons pas au hasard le soin de réapprendre aux opérés une fonction endormie seulement, mais qui à la longue s'oubliera totalement. Ne rendons donc à la circulation tous les adénoïdiens, amygdaliens, ou autres opérés des voies aériennes supérieures, que lorsqu'ils auront repris leur type respiratoire physiologique, c'est-à-dire la respiration nasale; et ce d'une façon absolue et durable. Point ne suffit de leur donner de bons conseils : il est urgent de les rééduquer, et de ne pas attendre des années pour le faire. On évitera ainsi l'impotence fonctionnelle nasale et tous ses dangers. Et comme je le disais au début de ce travail, la rééducation est le complément de toute bonne opération.

BIBLIOGRAPHIE

GILBERT-BALLET. — Pathologie mentale, 1903.

BOULAY. — Végétations adénoïdes et hygiène sociale (*Presse médicale*, 1904).

CHATELLIER.— Les végétations adénoïdes (*Thèse* de Paris, 1886).

COURTADE. — Respiration buccale chez les adénoïdiens (*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, Paris, 1898).

FÉRÉ. — Sensations et mouvements (Paris, 1900).

GUERMONPREZ. — Gymnastique respiratoire (Paris, 1907).

HEMINGTON-PEGLER.— Deux cas de suspension fonctionnelle de la respiration nasale simulant l'obstruction (*The Journal of laryngology*, juillet 1902).

JACOB. — Rééducation respiratoire, traitement post-opératoire des rhino-adénoïdiens (*Thèse* de Paris, 1906).

JOAL. — Recherches spirométriques dans les rhinopathies (*Revue de laryngologie*, etc., avril 1890).

LERMOYEZ. — Pseudo-obstruction nasale chez une hystérique (*Bulletin de la Société médicale*, 20 janvier 1899).

Insuffisance nasale fonctionnelle et rééducation respiratoire (*Annales des maladies de l'oreille*, septembre 1904).

LUBET-BARBON. — Hygiène thérapeutique des fosses nasales.

MARTINET. — Les végétations adénoïdes et leurs rapports avec la médecine générale (*Presse médicale*, août 1905).

MAUREL. — Hypohématose (Toulouse, 1890).

MENDEL. — Physiologie et pathologie de la respiration nasale, 1897.

H. MEIGE et FEINDEL. — Les tics, 1902.

POLI. — Valeur comparée de la respiration nasale et buccale (*Annales internationales d'oto-rhino-laryngologie*).

RIBOT. — Les maladies de la volonté, 1905. La psychologie de l'attention, 1906.

ROSENTHAL. — Gymnastique et rééducation respiratoire (*Maladies de l'enfance*, de Grancher, t. V. *Presse médicale*, 1904, nos 17, 23, 43, 64. *Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1904).

ROZIER et TISSIER. — *Annales des maladies de l'oreille* (janvier 1908).

VACHER. — Insuffisance nasale (*Presse médicale*, 22 novembre 1905).

GUISEZ

Tumeur intra-trachéale, diagnostiquée et opérée par la trachéoscopie directe. — Guérison

Malade, adressé en juin 1908 par le Dr Triboulet, qui présentait des phénomènes de dyspnée intense. Soupçonnant une tumeur intratrachéale, une opération externe lui avait été proposée par un chirurgien (laryngo-cricotomie). Opération avec le tube spatule qui nous permet d'apercevoir la région sous-laryngée et de constater la présence d'une tumeur qui obstrue la trachée. Nous la saisissons avec une pince *ad hoc* et la ramenons avec son pédicule d'insertion. Il s'agissait d'un fibrome bilobé du volume d'une cerise.

Guérison sans complication.

La trachéoscopie a permis de guérir ce malade dans ce cas où une intervention externe seule semblait indiquée.

A. HAUTANT

La cocaïnomanie nasale et ses accidents locaux

I

La cocaïne est employée fréquemment dans la pratique rhinologique, même à doses concentrées, et cela à juste titre, car c'est un anesthésique fidèle, qu'aucun de ses succédanés n'est encore parvenu à détrôner, et les petits accidents qu'elle peut déterminer sont absolument exceptionnels. Cependant, il est prudent de ne pas confier ce médicament au malade lui-même, par crainte de l'accoutumance.

En réalité, on peut dire qu'il n'y a pas de sujets qui deviennent ainsi de vrais cocaïnomanes, à la suite de prescriptions médicales. En effet, la cocaïne, à l'opposé de la morphine, n'endort pas et ne détermine pas de sensation de bien-être.

Les malades qui ont recours assez fréquemment à l'action de la cocaïne sur leur muqueuse pituitaire, ne l'utilisent donc guère que sur les indications du moment; ils l'emploient pour lutter contre une affection rhinologique, car elle soulage de suite les accidents tenant à une forte obstruction nasale, les crises d'hydrorrhée et d'asthme ou les violents accès de migraine liés à une congestion de la partie supérieure des fosses nasales.

Ces malades peuvent devenir tout au plus de petits cocaïnomanes. Ils ne se servent en effet que de solutions très étendues, au centième ; ils l'emploient sous forme de pulvérisation, ou mieux ils se contentent de la renifler. Cela se comprend, si l'on songe que l'obstacle le plus fréquent à la respiration nasale est constitué par la tête du cornet inférieur : il suffit en reniflant de faire pénétrer de la cocaïne à l'entrée des fosses nasales pour assurer la liberté du courant d'air inspiratoire, et les malades évitent ainsi la sensation d'amertume désagréable que détermine l'arrivée de ce médicament dans le pharynx.

Ainsi, il est assez exceptionnel de voir un malade contracter l'habitude d'user de la cocaïne, à la suite de son emploi thérapeutique, et les accidents d'intoxication qu'il peut alors présenter sont toujours minimes.

II

La grande cocaïnomanie nasale a une tout autre étiologie. Ce sont d'anciens morphinomanes, ou mieux des sujets partiellement démorphinisés. Il ne s'agit pas de ceux qu'on a voulu guérir en cherchant à substituer les piqûres de cocaïne aux piqûres de morphine, mauvais procédé d'ailleurs, car la cocaïnomanie est une intoxication encore plus tenace que la morphinomanie; mais des malades qui, spontanément ou par esprit d'imitation, prisent directement de la cocaïne en cristaux.

Cette voie d'introduction nasale, chez les grands cocaïnomanes, doit être tout à fait rare. Elle n'est pas mentionnée dans les articles sur l'intoxication cocaïnique des traités classiques, non plus que dans l'ouvrage de Brouardel, *Opium*,

Morphine et Cocaïne. Il en existe cependant des exemples : notre collègue M. Chartier a eu l'obligeance de nous dire que M. Sollier en avait observé quatre faits; j'en ai personnellement suivi un cas, et j'en connais deux autres exemples.

Ces grands cocaïnomanes nasaux emploient toujours de la cocaïne pure en cristaux, ils prisent de la poudre de cocaïne. Ils prennent en général de 1 à 4 grammes de cocaïne par jour. Un malade de M. Sollier usait jusqu'à 8 et 10 grammes, un autre se servait d'un mélange de poudre de cocaïne et de morphine.

Il leur est impossible de se déshabituer de la cocaïne. Ils y ont recours par besoin d'excitation : la morphine endort, la cocaïne tient éveillé. Aussi sont-ils capables de rester plusieurs jours sans ressentir le besoin de repos ou de sommeil.

Ils peuvent présenter tous les troubles du cocaïnisme chronique, troubles mentaux assez analogues à l'alcoolisme, et aussi des troubles particuliers de la sensibilité. Magnan les avait déjà notés; Sollier les a retrouvés dans ses observations (*Progrès Médical*, 1900). Ces malades ont la sensation d'avoir des vers dans la peau; ils passent leur temps à examiner leurs mains; ils ouvrent le plus petit follicule à l'aide d'épingles et ils prétendent même trouver des vers dans les suppurations épidermiques qu'ils ne manquent pas de déterminer ainsi.

Quant à la muqueuse nasale, elle semble s'accommoder en général assez bien de ce contact et de cette absorption permanente de poudre de cocaïne; car, dans les cas jusqu'ici observés, il ne paraît pas y avoir eu d'accidents locaux ou tout au moins de désordres nasaux assez accentués pour attirer l'attention. Cependant, il est possible que l'action réitérée de la cocaïne sur la muqueuse pituitaire engendre des troubles à ce niveau.

Mais il peut même arriver que les accidents locaux soient quelquefois plus intenses, provoquent une large ulcération superficielle du vestibule narinal par où se fait l'introduction de la cocaïne, entraînent des productions inflammatoires fibreuses, et détruisent le cartilage quadrangulaire. Voici, sur ce sujet, le fait que j'ai observé :

III

Mme V..., âgée de 40 ans, est morphinomane et cocaïnomane. Elle ne prend plus actuellement qu'un gramme de morphine par jour en lavement.

Elle a commencé à priser de la cocaïne, il y a cinq ans, pour lutter contre l'obstruction nasale d'une rhinite à bascule. Depuis cette époque, et surtout depuis un an, elle prise environ 60 grammes de cocaïne par mois.

Les premières prises. dit-elle, ont déterminé des hémorrhagies nasales, puis un écoulement séreux abondant. L'effet était d'abord plutôt désagréable. Puis l'accoutumance s'est établie peu à peu et la sensation d'excitation, procurée par l'usage de la cocaïne, a conduit la malade à la cocaïnomanie.

Il y a deux ans environ, sans motif apparent, survint une ulcération de l'orifice narinal gauche par lequel la malade prise toujours la cocaïne. Cette ulcération prend rapidement un aspect infundibulaire et au fond de cet entonnoir se développent de petites tumeurs fibreuses, sortes de polypes durs, qui obstruent l'entrée des fosses nasales, amènent une obstruction très marquée, et donnent à la voix un timbre fortement nasonné. Il n'y a jamais eu de douleurs, de tuméfaction ou de rougeur de la racine du nez; la malade n'a pas mouché de pus, mais seulement beaucoup de sérosité; elle n'a pas éliminé de séquestre. L'ulcération vestibulaire et l'obstruction nasale ont subi des oscillations très variables; par moments elles disparaissaient presque complètement et ces périodes d'amélioration ont toujours coïncidé avec la diminution ou la suppression momentanée de la cocaïne pour réapparaître avec elle.

Actuellement, cette ulcération a envahi toute la face interne du vestibule narinal gauche, où elle s'enfonce comme un infundibulum. Elle est exactement limitée au pourtour du bord libre de la narine, où elle apparaît comme un liséré. Elle est tout à f at superficielle. Sa surface est légèrement granuleuse, un peu saignante, comme si les papilles dermiques étaient mises à nu.

Au fond de cet infundibulum se trouve la tête du cornet inférieur gauche, à la partie inférieure de laquelle est implan-

tée une tumeur fibreuse, dure, insensible et sans revêtement muqueux. Cette tumeur, extirpée, se présente à l'examen histologique comme formée d'un squelette conjonctivo-vasculaire adulte, sans autre particularité que celle de ne présenter aucun point de revêtement épithélial; elle n'a aucun caractère permettant de penser à la syphilis ou à la tuberculose; il s'agit simplement d'une production inflammatoire banale.

Après l'ablation de cette tumeur fibreuse, on peut examiner facilement l'intérieur des fosses nasales. On est frappé tout d'abord par l'aspect blanc, exsangue de toute la muqueuse; la muqueuse des cornets est comme rétractée et collée contre le squelette osseux, sans que celui-ci présente aucune altération. La cloison est largement perforée au niveau du cartilage quadrangulaire presque entièrement disparu, mais il n'y a aucune atteinte de la partie osseuse de cette cloison. Extérieurement, la pointe du nez est affaissée, épatée.

A droite, la narine ne présente aucune altération; la malade n'y a d'ailleurs jamais introduit de cocaïne. L'aspect de la muqueuse est également blanc et anémié. Il n'y a pas de lésions du cavum, de la voûte palatine, de la gorge ou du larynx. Légère adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

Le diagnostic était hésitant, lorsque la marche de l'affection nous fit songer à l'influence de la cocaïne. En effet, ayant enlevé la production fibreuse qui obstruait l'entrée de la fosse nasale gauche et désobstrué le nez, la malade resta une dizaine de jours sans user de cocaïne; de suite l'ulcération s'améliore, elle perd son caractère de surface sanguinolente, s'épidermise et tend à disparaître. Mais l'introduction nouvelle de la cocaïne fit revenir de suite ulcération et production polypoïdes. Une seconde intervention fit encore disparaître ces proliférations, la malade cesse momentanément la cocaïne, l'ulcération s'améliore très nettement; mais le besoin de cocaïne, trop tenace, détermina une seconde fois le retour des accidents locaux du nez.

Il est impossible d'éliminer avec certitude chez cette malade l'hypothèse d'une syphilis nasale. Mais il est vraisemblable que la cocaïne tout au moins jouait un rôle dans la genèse des manifestations nasales qu'elle présentait. Beaucoup d'arguments plaident en effet en faveur de cette opinion : le siège

narinal de l'ulcération, et uniquement sur la narine par où la cocaïne est introduite; la superficialité des lésions avec l'apparence d'une destruction épithéliale, l'aspect exsangue du reste de la muqueuse; l'intégrité absolue du squelette; l'absence de toute histoire de syphilis nasale et d'autres localisations; et surtout la marche régressive des lésions, qui s'améliorent et tendent à disparaître avec la suppression de la cocaïne, pour se manifester à nouveau avec le retour de la cocaïnomanie.

Comment peut agir la cocaïne pour produire ces troubles? Il ne faut pas incriminer de substances étrangères introduites dans la poudre de cocaïne, car celle employée par notre malade était de meilleure marque. Il semble qu'il faut plutôt admettre comme intermédiaire l'action vaso-constrictive de la cocaïne: ne sait-on pas que l'usage prolongé de l'adrénaline, autre vaso-constricteur, produit facilement des ulcérations de la muqueuse nasale?

IV

En résumé, la cocaïnomanie nasale est rarement d'origine médicale, et, si elle entraîne des accidents locaux, ce ne sont guère que de petites perforations du cartilage de la cloison.

Il y a exceptionnellement de grands cocaïnomanes par voie nasale. Ce sont en général des morphinomanes avérés qui ont ajouté à la morphine une seconde intoxication. Dans ce cas, il est possible que l'emploi constant de cocaïne pure en cristaux et à hautes doses détermine des accidents locaux accentués, de type surtout ulcératif, portant sur la face interne du vestibule nasal qui sert de voie d'introduction, et sur le cartilage quadrangulaire de la cloison.

Paul Laurens

Abcès du cerveau secondaire à une sinusite frontale chronique.

L'abcès encéphalique est une complication rare de la sinusite frontale. C'est ce qui m'engage à vous présenter le cas suivant :

Un homme de 40 ans, Led... Dominique, présente depuis environ 4 ans tous les signes d'une suppuration du sinus frontal : céphalalgie frontale ; mouchage abondant (2 mouchoirs par jour), purulent ; obstruction nasale.

Il est à noter que la céphalalgie a débuté par le côté gauche et ce n'est qu'après un temps assez long qu'elle est devenue bilatérale. Elle est parfois d'une violence extrême et cet homme pense au suicide. Cependant il ne fait aucun traitement, hormis l'extirpation, il y a 6 mois, de polypes des fosses nasales.

En janvier dernier (janvier 1908) j'examine pour la première fois ce malade. C'est le samedi 18 janvier. Il accuse une céphalalgie diffuse, très intense, spontanée. La douleur provoquée par la pression au niveau du frontal paraît égale des deux côtés. Celle que détermine la percussion est plus marquée du côté gauche.

L'examen des fosses nasales montre une dégénérence myxomateuse des cornets moyens droit et gauche, du mucopus dans les méats moyens. L'exploration au stylet ne fait pas découvrir de point d'ostéite à l'éclairage, les sinus frontaux droit et gauche sont obscurs.

L'état général est satisfaisant et sans les douleurs frontales cet homme se considérerait comme étant en parfaite santé. Je remarque cependant au moment de cet examen qu'il y a chez ce malade un état cérébral un peu anormal. Lorsque je l'interroge il ne répond pas immédiatement à mes questions ; il y a une pause entre la demande et la réponse comme si les perceptions sensorielles étaient lentes à se faire. A la fin de mon examen, quand je lui dis : « vous pouvez vous lever », il le fait, mais après quelques secondes. Ce n'est pas chez lui une hésitation, mais on dirait qu'il ne m'a entendu qu'un instant après que je lui ai parlé. Si j'insiste sur cet état, c'est qu'il me paraît être la phase de début des troubles cérébraux que nous allons bientôt constater.

J'examine alors le pouls du malade et je trouve 52 pulsations par minute. Je fais faire un examen du fond de l'œil qui est normal. La température est de 37°6.

En face de tous ces signes je ne pouvais que diagnostiquer : sinusite frontale chronique, bilatérale, avec complication en-

docranienne menaçante. Je fixe l'intervention au surlendemain, lundi 20 janvier.

Je revois le malade le lendemain matin, dimanche 19 janvier. Il se lève, se promène, déjeune. Mais dans l'après-midi, après avoir accusé des douleurs très violentes, il est obligé de se coucher et ne tarde pas à tomber dans une torpeur de plus en plus prononcée. Appelé d'urgence, je le trouve dans cet état de cérébration lente si spécial aux collections encéphaliques. La température : 37°4 ; le pouls : 48 pulsations par minute. La ponction lombaire donne un liquide clair, qui sort de l'aiguille sans pression, avec une pression diminuée. L'examen ultérieur de ce liquide n'a décelé ni lymphocytose, ni présence de microorganismes. Il est évident que cet homme a une collection encéphalique. Mais là où les difficultés du problème augmentent, c'est lorsqu'on veut prévoir de quel côté. Les lésions nasales et sinusales droites et gauches paraissent semblables. Néanmoins, comme les douleurs étaient plus intenses à la percussion du côté gauche, je présume que la collection doit se trouver à gauche.

J'opère ce malade séance tenante. Je commence par ouvrir largement le sinus frontal gauche La table externe est normale. Le sinus est rempli d'un magma purulent de couleur gris sale, gélatineux, visqueux, ressemblant à une colle épaisse. J'en débarrasse la cavité du sinus avec une large curette. Le sinus est très grand. Je trouve des fongosités dans le canal naso-frontal. Je mets à nu la paroi interne dans toute son étendue. Elle *est saine*. Je recherche avec soin un point d'ostéite, une fistule : je n'en trouve pas. Je trépane cette paroi et mets à nu la dure-mère qui est normale. Après l'avoir découverte sur une étendue de 2 centimètres carrés environ, je l'incise. Du liquide céphalo-rachidien s'écoule, normal; la substance cérébrale apparaît saine. Je la ponctionne avec une sonde cannulée, suivant un trajet légèrement oblique en haut et en arrière et parallèle à la ligne médiane; à 3 centimètres environ de profondeur je perçois une légère résistance au delà de laquelle l'instrument pénètre dans une cavité. Du pus s'écoule, environ trois cuillerées à soupe. Il est jaune, bien lié. L'examen ultérieur (examen direct et cultures) a montré qu'il contenait du *pneu-*

mocoque. Dans le trajet créé par ma sonde je place un drain de 8 millimètres de diamètre. Il s'en écoule, séance tenante, une nouvelle quantité de pus; à 8 heures du soir le pouls qui avant l'opération était à 48 remonte à 65.

Lendemain, 20 janvier : température : 38°5; pouls : 72. Cérébration redevenue presque normale. Le malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose.

La semaine qui suit, c'est-à-dire du 20 janvier au 28, l'amélioration est progressive, le malade se lève, se promène, son intellect est normal. La céphalalgie a complètement disparu.

Le pansement est renouvelé tous les jours ; le drainage se fait bien. Pendant son séjour au lit, je fais garder au malade *le plus longtemps possible la position assise et la tête inclinée en avant pour éviter la stagnation du pus et faciliter le drainage, que le décubitus dorsal aurait certainement entravé.*

Le 29 janvier (dimanche), après avoir déjeuné d'excellent appétit, le malade accuse à 2 heures une céphalalgie violente et il dit même qu'il souffre autant qu'avant l'opération; à 4 heures, frisson d'une intensité extrême, la température monte à 39°5; miction involontaire; coma et mort à 5 heures.

A l'autopsie, je trouve des méninges normales, un ethmoïde sain, et, siégeant dans la partie antérieure du lobe frontal, un abcès du volume d'une mandarine. Il contient un peu de pus. Les parois sont rosées, granuleuses, épaisses. Le drain est en bonne place et se trouve juste au centre de la poche et dans son point le plus déclive.

Aucune autre lésion de l'encéphale ni des viscères thoraciques et abdominaux.

Dans l'histoire de ce malade quelques points doivent retenir notre attention. Ce sont les suivants :

L'évolution s'est faite, comme dans la plupart des abcès encéphaliques, lentement et d'une façon latente. Trois symptômes devaient ici au début nous donner l'éveil : la céphalalgie très intense, la lenteur du pouls, et cette sorte de retard dans les perceptions, de paresse cérébrale.

Mais tout cela est très relatif et ne constitue pas un ensemble symptomatique suffisant pour diagnostiquer un abcès encéphalique au début. Aussi on pourrait dans un cas pareil

commettre de graves fautes d'interprétation. Si j'avais opéré ce malade quelques jours plus tôt, n'aurait-on pas pu penser que c'était l'opération qui était la cause de l'infection encéphalique ?

Parmi les symptômes d'abcès cérébral notés dans ce cas, il est intéressant de remarquer que la lenteur du pouls qui était de 48 pulsations avant l'opération s'est modifiée rapidement après l'opération.

Deux heures après l'évacuation de l'abcès le pouls remonte à 65. Le lendemain il est à 72. Le ralentissement du pouls est bien dû à une tension anormale, intra-encéphalique. De même, bien qu'il s'agisse du lobe frontal, les troubles intellectuels n'ont existé que tant que la poche a été pleine de pus. Le lendemain de l'opération le cerveau fonctionnait d'une façon normale.

Sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire il est nécessaire de s'arrêter un instant. On lit dans différentes publications que lorsque le liquide céphalo-rachidien s'échappe de l'aiguille avec une pression augmentée on doit conclure : augmentation de pression intracranienne. Ceci ne nous paraît pas absolument exact. Qu'une collection encéphalique augmente la pression intra-cranio-rachidienne du liquide céphalo-rachidien, c'est très vraisemblable, mais cette augmentation de pression ne se traduit pas forcément par une modification dans la façon dont le liquide s'écoule de l'aiguille. Ici, on note une diminution dans la pression, à la sortie de l'aiguille. Je pourrais citer beaucoup d'autres cas de ce genre. Plus importante est l'étude histologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien. L'absence de lymphocytes et de microorganismes (examen direct et culture du culot) devait écarter de notre esprit l'idée d'une participation méningée. Ce qui a été justifié par la suite.

L'étude anatomo-pathologique nous a montré du côté du sinus une paroi interne normale macroscopiquement ; du côté de l'encéphale : des méninges normales, macroscopiquement. Il faut donc, pour expliquer la pathogénie de ce cas, admettre que la voie vasculaire, veineuse ou lymphatique, a été suivie par les microorganismes qui étaient ici des pneumocoques. La vérification de cette hypothèse est malaisée : il

est à craindre que nous restions longtemps dans l'incertitude sur ce point.

Aussi obscur est le mécanisme de la mort. On ne peut que faire des suppositions et incriminer ou le défaut de drainage ou une intoxication.

Pour le traitement, puisons-nous dans l'étude de ce cas quelques enseignements? Je pense que oui. J'avais ouvert largement l'abcès, drainé par un drain volumineux presque aussi gros que le petit doigt; ce drain était en bonne place : la nécropsie nous l'a montré; les pansements étaient faits tous les jours; la tête était maintenue dans la position la plus favorable à l'issue du pus. Et cependant j'estime que c'est insuffisant. Il faut ouvrir l'abcès très largement et au besoin l'explorer avec le doigt. Dans ce vaste canal d'évacuation on place un très gros drain à parois résistantes et, suivant la façon de procéder de l'école autrichienne, les pansements seront renouvelés deux fois par jour avec ou sans injection de liquide modificateur ou antiseptique dans la poche d'abcès.

H. Gaudier

A propos d'un cas d'abcès du cerveau d'origine otique. Ancienne lésion otitique droite. Céphalée, seul symptôme d'une méningite suppurée et d'un abcès du lobe temporal. — Intervention. — Guérison.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui me fut envoyé, le 22 novembre 1907, à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur, pour une *céphalée tenace*, horriblement douloureuse, de la région temporo-occipitale droite, que rien n'avait pu calmer depuis *plus d'un mois* qu'elle était survenue; que d'aucuns avaient rattachée à de la syphilis cérébrale,— d'où traitement spécifique sans résultat, — et qu'un de mes élèves songeant à l'otorrhée *datant de l'enfance* mettait sur le compte d'une lésion auriculaire profonde.

Ce malade se présente, la tête entourée d'un pansement ouaté, paraissant souffrir beaucoup. Cette céphalée est en effet constante; mais ne s'accompagne ni de *vertiges*, ni de *vomissements*.

Il n'y a jamais eu, et il n'y a pas de lésions oculaires : l'examen du fond de l'œil reste négatif : pas de nystagmus. Pas de paralysies, pas de raideurs de la nuque : pas de signe de Kernig. Il existe de l'embarras gastrique; mais malgré ses souffrances, le malade continue à faire son service de commissionnaire à la gare de Lille. C'est un alcoolique. Température 37°7. Le pouls à 100. Pas de trouble de la parole, ni de la mémoire, seulement un peu de ralentissement intellectuel.

A l'examen de l'oreille on constate que le conduit auditif externe est normal, une suppuration peu abondante, mais odorante, verdâtre en occupe le fond et masque l'oreille moyenne — après lavage on aperçoit une vaste perforation dans le segment postéro-inférieur; la caisse est tapissée de petits bourgeons saignant facilement.

Le lavage de l'attique ramène du pus et des fragments de masse cholestéatomateuse.

L'examen et le lavage ne produisent pas de *vertige*, mais *augmentent la céphalée*. L'audition est très diminuée de ce côté. La mastoïde est normale, la palpation ne révèle aucun point douloureux : il n'y a pas d'œdème de voisinage. La percussion ne dénote pas, comparativement à l'autre côté, de changement de sonorité perceptible.

— A la palpation des régions temporo-faciale, occipitale droite : il y a seulement un peu d'hyperesthésie cutanée; pourtant un point est particulièrement plus sensible, au milieu de la région temporale. Du côté de la marche, rien à signaler en dehors d'une certaine faiblesse due au mauvais état général de l'individu : *pas de titubation. Les réflexes patellaires sont normaux.*

La ponction rachidienne donne un liquide qui paraît clair, mais à l'analyse il y a une lymphocytose assez marquée et beaucoup de polynucléaires, plus de 90 %. La céphalée résiste à tous les anti-nervins employés jusque-là : antipyrine, aconitine, etc.

Devant le seul symptôme de céphalée et en raison de l'état général peu brillant, *presque sans fièvre*, et du résultat semi-positif de la ponction rachidienne, je décide l'intervention — *recherche d'un abcès cérébral d'origine otitique (très probable)* — pour le 28 novembre.

J'étais amené à ce diagnostic par le souvenir d'un cas analogue que j'avais observé quelques mois auparavant; mais avec un cortège de symptômes un peu différents. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, otorrhéique, qui s'était soigné presque toute sa vie d'une manière rationnelle, avait été l'objet de petites interventions sur la caisse, et même avait eu des périodes d'accalmie. Quand je le vis, il présentait depuis 15 jours, après un réveil de l'écoulement, une céphalée atroce, localisée au côté droit de la tête, du côté de la lésion auditive, mais s'accompagnant de fièvre; et dans les derniers jours de parésie faciale. L'intervention faite de suite avait montré : mastoïde normale; carie du toit de la caisse, pachyméningite fongueuse, et abcès du lobe temporal ouvert et drainé.

Le malade, venu à pied à l'hôpital, *se sentait tellement mieux, le matin de l'opération, qu'il la refusa*, et ce ne fut qu'après une longue discussion qu'il l'accepta. — Le résultat fut d'ailleurs mauvais et il mourut le 3e jour, avec des phénomènes qui nous firent supposer la présence d'un autre abcès non ouvert, parce que non perçu, dans la zone rolandique.

Pour en revenir à notre malade, l'intervention se fit ainsi le 28 novembre : par la mastoïde largement ouverte et presque saine, sauf l'antre bourré de fongosités, nous gagnons à la pince gouge l'écaille du temporal, après avoir dénudé le sinus et avoir constaté *de visu* et par la ponction qu'il était intact.

La large brèche faite dans l'écaille du temporal montre une dure-mère noire tendue, bombant dans la plaie osseuse. Incisée d'une fine boutonnière, elle laisse jaillir environ 50 grammes de pus fétide, séreux, roussâtre, qui s'écoule en jet. Le cerveau fait alors issue dans les lèvres de la brèche dure-mérienne, il est injecté au niveau de la portion inférieure du lobe temporal et bat; celui-ci ponctionné amène une évacuation de pus grumeleux, fétide, presque aussi abondant que la précédente.

Nous nous sommes assuré, au cours de cette intervention, que le pus de l'incision dure-mérienne ne provenait nullement d'une ponction faite en même temps à l'abcès temporal: d'ailleurs, celui-ci vidé, et un drain introduit dans l'abcès, il s'écoulait du pus par intermittence, venant de la région antérieure du crâne et du côté de la convexité.

L'opération fut terminée par un évidement pétro-mastoïdien et un drainage fut assuré de l'abcès temporal et de la cavité méningée. L'abcès temporal, le lendemain, ne donnait presque plus de pus, et le drain chassé fut raccourci; en revanche le drain introduit dans la cavité méningée, pendant plusieurs jours, donna un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien louche, qui malheureusement ne fut pas recueilli aseptiquement et dont l'examen ne fut pas fait.

Malgré les lavages à l'eau oxygénée, il se fit du sphacèle des parties molles et des pansements répétés seuls vinrent à bout de cette complication qui retarda sensiblement la guérison.

Actuellement celle-ci est en bonne voie, et le malade a quitté l'hôpital. Cette observation nous a paru intéressante à relater, par sa symptomatologie réduite à la seule céphalée; malgré la constatation d'une méningite suppurée et d'un abcès du lobe temporal, et enfin, malgré quelques incidents, par la facilité avec laquelle s'est effectuée la guérison.



Séance clinique du 6 juin à la Maison de santé de MM. Luc et Guisez, 15, rue de Chanaleilles

---

Présidence de M. MOUNIER

Présents : MM. Lubet-Barbon, Luc, Egger, Fournié, Paul Laurens, Grossard, Koenig, Martin, Le Marc'hadour, Pasquier, Furet, Mahu, Castex, Fiocre, Mounier, Veillard, Viollet, Hautant, Guisez.

MM. Caboche et Hubert sont nommés membres actifs sur le rapport de MM. Paul Laurens et Cauzard.

Présentations de malades

Guisez. — 1° **Malade opérée d'un épithélioma de la fosse nasale gauche** ayant rempli toute la fosse nasale. Insérée sur la paroi interne du sinus maxillaire, la tumeur était visible en soulevant simplement la narine. La malade n'avait éprouvé ni douleurs, ni épiphora. Elle venait simplement consulter pour de l'enchifrènement et de l'obstruction de la fosse nasale gauche.

Opération par le procédé de Faure-Moure : résection de l'os propre du nez, de la branche montante du maxillaire supérieur ; guérison complète actuellement trois mois après l'opération.

M. A. Castex. — J'ai opéré, il y a deux mois, un cas tout à fait analogue, à cela près que le mal siégeait dans la fosse nasale droite. C'était chez une femme d'une quarantaine d'années. Toute la fosse nasale était obstruée par une tumeur que l'examen histologique a montré être de l'épithéliome cylindrique.

Incision sur la moitié interne du sourcil se continuant sur la limite extérieure du nez et détachant l'aile du nez. Ablation de tout l'os nasal correspondant selon le procédé

de Moure. Enlèvement de la tumeur au moyen d'une grosse curette. J'ai vu alors qu'elle s'implantait sur la paroi interne du sinus maxillaire que j'ai détruite.

Le résultat a dépassé mon attente. Aucune récidive ne se montre, et le nez n'est aucunement déformé.

2° **Deux cas de laryngoscopie et trachéoscopie directes.** — *a)* Enfant opéré *par la laryngoscopie directe de multiples papillomes* ayant envahi la zone sous-glottique du larynx. Diagnostic à l'aide de la spatule-tube. Extirpation des polypes à la pince droite. La respiration est redevenue actuellement tout à fait normale, une nouvelle trachéoscopie faite en ces temps derniers a montré la vacuité complète du larynx et de la trachée. La respiration est tout à fait normale.

b) Femme de 46 ans présentant une double *valvule dans la trachée*, sorte de disposition congénitale, ayant nécessité une première fois la trachéotomie, à l'âge de 5 ans, et ayant déterminé dans ces derniers temps des *troubles dyspnéiques intenses* avec *tirage* et accès *de suffocation.*

La trachéoscopie faite il y a un mois permet de constater à la paroi gauche de la trachée une sorte de *large valvule.* En arrière de la paroi postérieure il existe *une sorte de bourrelet* de hernie de la paroi.

Notre intervention a consisté à sectionner sous la vue, à l'aide de l'œsophagotome, la valvule sise à gauche et à dilater avec des bougies ; la trachée a repris actuellement son calibre presque normal et toute dyspnée a complètement disparu.

A. Hautant. — **Fistule du canal semi-circulaire horizontal droit. Nystagmus vestibulaire expérimental.** — Présentation d'un malade, trépané de l'apophyse mastoïde droite. Un porte-coton introduit par la plaie mastoïdienne et pressant sur le canal semi-circulaire horizontal détermine de suite un vif nystagmus horizontal dirigé vers la droite, vers l'oreille malade. On reproduit ainsi l'expérience classique d'Ewald : le porte-coton chasse devant lui, vers la caisse, le liquide endolymphatique contenu dans le canal

horizontal ; ce déplacement de la colonne liquide produit une contraction lente des globes oculaires dans la même direction, par conséquent vers la gauche ; à cette contraction lente succède une brusque secousse spasmodique vers la droite, qui définit le sens du nystagmus, nystagmus à droite.

Dans ce cas, l'excitabilité est conservée aux épreuves calorique et de rotation, mais diminuée. Il s'agit probablement d'un processus d'ostéite bacillaire qui commence à envahir le labyrinthe par les canaux semi-circulaires, car le nerf cochléaire paraît intact.

H. Luc. — **Epithélioma de la corde vocale gauche. Laryngo-fissure sans trachéotomie et avec anesthésie locale.** — M. Luc présente un homme de cinquante-quatre ans, opéré par laryngo-fissure d'un épithélioma de la corde vocale gauche, sans trachéotomie et avec anesthésie locale. Réunion immédiate de la plaie. Une dizaine de jours plus tard, formation d'un abcès pré-laryngé, qui s'ouvre spontanément au niveau de la cicatrice cutanée et aussi à l'intérieur du larynx au niveau de l'incision du cartilage thyroïde. Malgré une ouverture large de ce foyer suivie de tamponnements et pratiquée il y a quinze jours, il persiste encore une fistule aboutissant au cartilage dénudé, il s'agit donc d'un abcès symptomatique, d'une chondrite thyroïdienne.

En revanche, la corde opérée paraît cicatrisée.

M. Georges Laurens pense que le malade guérira sans intervention. Il a l'habitude de placer un drain pendant les premiers jours au niveau de la plaie et dans les parties molles pré-laryngées.

M. Castex. — Dans mes laryngotomies pour épithéliomas endolaryngés, je n'ai pas eu à inciser la cricoïde. En général cette incision n'augmente pas la béance du larynx. Néanmoins je ne vois aucun inconvénient à y recourir quand besoin est.

Pour enlever le néoplasme, je me sers de petits ciseaux courbes qui glissent le long du cartilage thyroïde, sans l'entamer. Une précaution très utile me paraît être la mise en place d'un drain vertical dans les parties molles péri-laryngées.

Il détourne du champ opératoire la salive ou les boissons qui pourraient s'y égarer. Je l'enlève 4 ou 5 jours après l'opération.

H. Luc. — **Antrite frontale chronique; fistule frontale consécutive; résection de la paroi profonde de l'antre sous lequel siégeait un abcès sous-dural.** — Jeune homme de seize ans, opéré antérieurement par un collègue de province pour une antrite frontale chronique et ayant conservé, à la suite de cette intervention, une fistule frontale. La réouverture du foyer fit découvrir un vaste séquestre de la paroi profonde de l'antre frontal, sous lequel siégeait un abcès extra-dural. Toutes les parties osseuses suspectes furent minutieusement réséquées; en revanche, une désinfection insuffisante de la paroi profonde du lambeau périosto-cutané fit échouer la tentative de réunion par première intention, malgré une large communication fronto-nasale. Dans une seconde intervention, Luc réséqua toute l'épaisseur des parties molles infectées et appliqua directement le lambeau sur la surface osseuse de nouveau avivée et laissa la plaie ouverte à sa partie inférieure. La cavité antrale se trouva de ce fait supprimée, et il ne reste plus qu'une petite surface à peine suppurante là où la plaie n'a pas été réunie.

H. Luc. — **Suppuration aiguë fronto-ethmoïdo-maxillaire, post-rubéolique.** — Fillette de onze ans, opérée d'urgence, le 9 mai dernier, pour une suppuration aiguë, post-rubéolique, fronto-ethmoïdo-maxillaire du côté droit, déjà extériorisée et compliquée d'abcès sous-périosté, au niveau de la branche montante du maxillaire. Dans une même séance, sous chloroforme, l'antre frontal fut ouvert et mis en large communication avec la cavité nasale par effondrement du labyrinthe ethmoïdal qui était complètement infiltré de pus, puis ouverture de l'antre maxillaire par la méthode Caldwell-Luc.

En raison de l'infection des parties molles, on ne put songer à une réunion immédiate de la plaie frontale. Des pan-

sements humides furent appliqués pendant plus de huit jours. Quinze jours seulement après l'opération, réunion secondaire de la plaie après avivement de ses bords qui a abouti à une rapide cicatrisation sans défiguration.

M. Pasquier. — **Un cas de périchondrite tuberculeuse sous-glottique.** — Femme de trente-huit ans, atteinte de tuberculose pulmonaire et laryngée très avancée, chez laquelle s'est produit une tumeur fluctuante, de la grosseur d'un œuf de poule, au-devant des premiers anneaux de la trachée. La tumeur, ponctionnée plusieurs fois, laissa s'écouler un pus jaunâtre, épais et abondant. Quelques semaines plus tard, la tumeur s'ouvrit spontanément dans la trachée, qui expulsa une sorte de vomique. Actuellement, la périchondrite suppurée des premiers anneaux de la trachée laisse écouler le pus par une fistule intra-trachéale.

M. Pasquier est d'avis, dans des cas semblables, de ne pas intervenir chirurgicalement en raison des lésions avancées du larynx et du poumon.

M. Pasquier. — **Un cas de botryomycose du pavillon.** — Jeune homme, âgé de seize ans, qui vit se développer, sur la racine de l'hélix du pavillon auriculaire droit, une petite tumeur, ayant la forme d'une mûre ou d'une framboise, c'est-à-dire comme constituée par la réunion de petits grains arrondis, de coloration rosée; la surface était suintante, la tumeur était un peu mobile sur sa base, c'est-à-dire légèrement pédiculée et non largement implantée comme le serait une verrue. Le volume atteint au bout de six mois était celui d'une grosse lentille. La tumeur occasionnait des démangeaisons, suppurait légèrement et saignait facilement. En trois séances de galvano-cautérisation elle fut détruite. Malgré l'absence d'examen histologique, que l'auteur regrette de n'avoir pas pu pratiquer, tous les symptômes objectifs permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un cas de botryomycose.

Séance du 10 juillet 1908

Présidence de M. Mounier

Présents : MM. Mounier, Furet, Veillard, Mahu, Viollet, Courtade, Fournié, Luc, Cornet, Pasquier, Lubet-Barbon, Kœnig, Weill.

Sur le rapport de M. Bourgeois pour M. Leroux et de M. Veillard pour M. Bonnes, ces deux confrères sont admis comme membres actifs à l'unanimité.

Communications :

P. Cornet

Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche chez une enfant de quatre ans. — Ouverture et drainage du sinus sans ligature de la jugulaire. — Septicémie prolongée. — Guérison.

Dans les thromboses du sinus latéral, on intervient rarement au début de la formation du thrombus; à l'ouverture du sinus, on trouve généralement dans la partie centrale du caillot des masses déjà ramollies et puriformes, sinon du pus. L'intervention consiste non seulement à évacuer l'abcès intra-sinusien, mais encore à extraire les deux extrémités du caillot; car si l'on abandonne un fragment du thrombus, ce fragment infecté, propage l'infection et la thrombose gagne de proche en proche.

Le cas que j'ai observé présente à cet égard quelques particularités : le sinus contenait un caillot non ramolli; ce caillot n'a pas été extrait en totalité; les oscillations thermiques à type pyémique ont persisté sans que la thrombose se soit propagée, et la guérison est survenue spontanément au bout de cinq semaines.

Il s'agit d'une petite fille de 4 ans, Germaine C..., qui avait été atteinte au mois de décembre 1907 d'une otite suppurée à gauche au décours d'une rougeole. La suppuration, mal soignée, avait persisté jusqu'au 24 janvier ; ce jour-là l'écoulement s'était tari et l'enfant avait présenté un premier accès fébrile. Un accès de fièvre se reproduit le lendemain soir, et le 26, dans l'après-midi, après un petit frisson, la température s'élève à 40°.

Mon confrère, le Dr Fauvel, mandé près de la malade, rattache la fièvre à une infection auriculaire et m'appelle en consultation.

C'est le 27 janvier, à 9 heures du matin, que j'examine l'enfant pour la première fois. Pas de fièvre. La petite malade est dans un état de torpeur marquée; la membrane du tympan apparaît uniformément rouge, sans perforation, ni voussure. Sur l'apophyse mastoïde, existe une zone sensible à la pression, et correspondant à la région de l'antre. Aucun autre signe. Je fais immédiatement une large paracentèse : il ne s'écoule ni pus, ni sérosité.

Le soir, nouvelle ascension thermique précédée d'un petit frisson. A 6 heures la température axillaire = 40°4. Pas de pus dans le conduit auditif, mais l'apophyse mastoïde est beaucoup plus douloureuse.

Une trépanation mastoïdienne est alors décidée et exécutée le lendemain matin 28 janvier : pour toute lésion, je trouve dans l'antre, assez profond, du muco-pus filant et quelques fongosités. Cependant, le tissu osseux paraît sain ; il présente partout sa couleur et sa consistance normales.

L'enfant n'a pas de fièvre le soir de l'opération ; mais, le lendemain à midi, elle est prise d'un petit frisson et la température monte à 38°5. A partir de ce moment, les accès fébriles se répètent toutes les douze heures : le 31 janvier, à 5 heures du soir, la température atteint 40°6, et le 1er février, je constate l'existence d'une vive douleur à la pression sur le versant postérieur de l'apophyse mastoïde. Je me décide alors à intervenir une deuxième fois.

En l'absence d'une lésion osseuse qui puisse me servir de guide, je dénude d'emblée le sinus latéral. Dès que la gouttière du sinus est ouverte, je vois sourdre une petite quantité

de pus collectée autour du vaisseau, et dont le volume est approximativement évalué à la contenance d'une cuiller à café. Je résèque toute la moitié postérieure de l'apophyse, pointe comprise, et une partie de l'écaille de l'occipital, mettant le sinus à découvert sur une longueur de 5 cm. au moins. A hauteur de l'antre mastoïdien, la dure-mère est fongueuse. Le sinus lui-même apparaît comme un cordon dur, de couleur feuille morte, *sans battements*. Sa paroi externe, très épaissie, ramollie et infiltrée, est réséquée. Dans le vaisseau se trouve un caillot fibrineux, de teinte ambrée, de consistance élastique, qui est extrait. Après un léger curettage, qui ramène une masse cruorique, un jet de sang vient de l'extrémité supérieure du vaisseau. Mais en bas, je n'ai pu dépasser les limites du caillot, et au moment où je veux poursuivre la dénudation du sinus du côté du golfe pour enlever l'extrémité inférieure du thrombus, l'état de la malade m'oblige à interrompre l'opération.

Cette intervention n'a nullement modifié le tableau clinique. Les oscillations thermiques ont persisté, se répétant toutes les 24 heures, conservant leur caractère pyémique, précédées d'un petit frisson à quatre reprises : le 6, le 7, le 9 et le 10 février. La température s'élevait tous les soirs entre 39° et 40° et elle a même atteint le 10 février 41°2, degré maximum observé pendant toute la durée de la maladie. L'enfant restait très affaissée, mais conservait toute sa connaissance : elle présentait des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. Localement, la plaie était en bon état, et il n'existait aucun signe qui permît de songer à l'extension du thrombus du côté de la jugulaire.

Les parents de la petite malade se trouvant dans l'obligation de quitter Châlons pour gagner Reims, on profita des heures d'apyrexie pour y transporter l'opérée en automobile.

Le Dr Bichaton voulut bien se charger de continuer les soins. L'état demeura stationnaire jusqu'au 21 février. Il faut noter pendant cette période des douleurs périarticulaires localisées surtout autour du genou droit et une constipation opiniâtre accompagnée de météorisme qui fit redouter une obstruction intestinale le 13 février.

Puis, à partir du 21 février, l'amélioration s'est produite

assez brusquement. Le 22 et le 23 la température vespérale a seulement atteint 37°9; le 24 elle est remontée à 38°9, et le 25 à 38°4. On ne relève plus ensuite que quatre accès fébriles : le 4, le 5, le 8 et le 9 mars.

C'est à cette époque, que la plaie, restée atone au niveau de l'antre, a commencé à bourgeonner activement. Elle était complètement cicatrisée le 16 avril, et depuis, la guérison s'est maintenue sans incidents.

L'évolution post-opératoire de la maladie est assez difficile à expliquer : la persistance de la septicémie provenait évidemment de l'évacuation incomplète du sinus, et, si j'avais eu ma pleine liberté d'action, j'aurais, dans une nouvelle intervention, poursuivi sa dénudation et complété le curettage inachevé. La répétition des accès fébriles précédés de frissons m'avait fait craindre l'existence d'un foyer purulent dans le segment du thrombus, que j'avais dû abandonner dans l'extrémité inférieure du vaisseau. Mais il est certain que dans ces conditions l'infection se serait propagée, et que la thrombose aurait gagné la jugulaire.

Aussi l'observation confirme-t-elle l'opinion des otologistes qui considèrent la ligature de la jugulaire comme une opération inutile dans les thromboses limitées au sinus. En effet, cette ligature ne peut isoler de la circulation générale le segment vasculaire infecté, étant donné que le sinus peut encore déverser ses produits toxiques par son extrémité périphérique et ses divers affluents. Elle ne saurait davantage être pratiquée dans un but préventif, c'est-à-dire en vue de la propagation possible de la thrombo-phlébite; dans certains cas, et le mien en est la preuve, la thrombose opérée tout au début, même incomplètement, peut ne pas s'étendre, et si la thrombose gagne la jugulaire, il ne faut pas se contenter de lier la veine, mais aussi mettre à nu et désinfecter tout le segment thrombosé. C'est surtout par l'extraction complète du caillot qu'on s'oppose à cette propagation. Il est vrai que récemment Voss (de Riga) a rejeté comme dangereux toute mobilisation, tout curettage du thrombus. Voss estime qu'il est impossible d'enlever complètement à la currette toutes les masses thrombosées, que la curette peut blesser le cerveau et qu'elle expose le malade à des hémorragies secondaires

graves. Il réalise simplement un large drainage des parties ramollies en réséquant toute la paroi externe du sinus et en incisant le thrombus, et il ajoute que par cette technique il aurait obtenu un nombre plus considérable de survies. J'estime cependant que, chez ma malade, le résultat eût été bien meilleur si j'avais pu compléter l'opération et extraire l'extrémité inférieure du caillot infectieux, parce que la septicémie eût disparu à brève échéance. Il me semble que le drainage est beaucoup mieux assuré et qu'ainsi l'infection est plus facilement jugulée si le caillot est complètement extrait que s'il est simplement incisé.

M. Luc. — L'interprétation du fait très intéressant que vient de nous communiquer M. Cornet n'est pas exempte de difficulté.

Etant donné que l'intervention révéla la présence du pus autour du sinus, et à l'intérieur de ce vaisseau celle d'un caillot fibrineux grisâtre, il est admissible qu'on s'est trouvé en présence d'une thrombo-phlébite en marche vers la transformation puriforme du thrombus, mais que cette transformation n'était pas encore consommée lors de l'ouverture du vaisseau.

Il est évident que si un abcès intra-sinusal avait déjà existé dans la partie du sinus non atteinte par l'opération, la phlébite se serait ultérieurement étendue à la jugulaire.

Il est regrettable qu'un examen bactériologique du contenu du sinus n'ait pas été pratiqué : il y aurait vraisemblablement révélé la présence de bactéries.

En résumé, grâce à sa précocité, l'intervention de M. Cornet a été *efficace*.

Si ses effets sur la marche de l'infection ne furent pas *jugulants*, c'est, qu'ayant dû être interrompue avant d'avoir pu être complète, elle laissa à l'intérieur du sinus ouvert une petite partie du caillot infecté qui, pendant quelques jours encore. révéla sa présence par des accès fébriles à type pyémique, mais d'intensité décroissante, le foyer infectieux ayant fini par s'épuiser, faute de pouvoir se ravitailler.

C. J. Koenig

Double tumeur symétrique et dure du plancher des fosses nasales. — Kystes ou ostéomes?

Je désire vous présenter une personne de trente et quelques années environ qui depuis quelque temps se plaint de fortes céphalées et d'une gêne de la respiration nasale. Pas d'autres symptômes. A l'examen des fosses nasales on voit sur le plancher et remplissant complètement le méat inférieur des deux côtés, touchant le septum et refoulant le cornet inférieur en haut, une tumeur rose pâle, régulière, grosse comme une cerise. L'examen à la sonde révèle une masse très dure, immobile, et il est impossible de passer la sonde entre elle et les parois qu'elle touche (septum, plancher de la fosse nasale, paroi sinusienne et cornet inférieur). La fosse canine ne bombe pas, le palais dur non plus. La diaphanoscopie montre un éclairage très marqué de la lèvre supérieure et des joues, le nez s'éclaire à peine (une petite ligne lumineuse sur le côté gauche dans la région des os propres), le croissant sous-orbitaire fait défaut des deux côtés, la malade perçoit une lueur dans les deux yeux à l'ouverture du courant, mais objectivement la pupille ne s'éclaire pas.

S'agit-il ici de kyste ou d'ostéome? Dans l'un ou l'autre cas sont-ce deux tumeurs distinctes ou une seule à deux lobes? Je serais heureux que les membres de la société m'éclairassent de leurs lumières. Je serais heureux également d'entendre leur avis au point de vue opératoire.

M. Mounier. — Ce cas est semblable a celui qu'à présenté une malade vue par moi, il y a 8 ou 10 ans, et que j'ai fait opérer par M. Picqué. Je l'avais vue 5 ans avant l'opération et j'ai pu assister à l'obstruction progressive du nez. On a dû faire une résection des deux maxillaires supérieurs pour enlever cette tumeur qu'aucun instrument ne pouvait entamer.

Paul Laurens

Pyohémie d'origine otique sans thrombo-phlébite

Voici l'observation d'un cas qui peut être rangé dans le groupe des septico-pyhémies otogènes de Korner.

Il s'agit d'une femme de 23 ans, qui entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître Lermoyez, avec une suppuration de l'oreille droite, une céphalée très intense et une température de 41°. La suppuration d'oreille date de l'enfance, a cessé il y a deux ans pour reparaître en avril 1908, plus abondante et accompagnée de douleurs d'oreille.

La céphalée a fait son apparition à ce moment. Depuis 15 jours elle empêche tout repos, la malade n'a pas dormi une seule nuit.

Le jour où nous examinons la malade, la température est à 41°2 vespérale, 40° le matin. Le pouls est à 115, pas de frissons, pas de vomissements; mais du nystagmus lorsque le regard est fixé du côté sain. Les épreuves sur le fauteuil de Barani et l'excitation du labyrinthe par l'eau froide font conclure à une irritation labyrinthique du côté droit, la perception osseuse est normale, la série des diapasons est perçue, il n'y a pas de trous dans la perception.

L'examen de l'oreille montre : une destruction complète du tympan, le fond de caisse très visible est recouvert d'une couche de granulations inflammatoires rouges. La tête du marteau et l'enclume persistent. Quelques vagues douleurs à la pression sur la mastoïde. Le cou est normal.

Il existe sur l'avant-bras gauche une plaque erysipélateuse de la grandeur de la paume de la main; de plus la malade accuse des douleurs articulaires fugaces.

Ponction lombaire : liquide clair, normal histologiquement et au point de vue bactériologique.

Le 20 mai, évidement pétro-mastoïdien. Cellulite rétrofaciale. Le canal demi-circulaire externe est examiné avec soin : normal; aucunes lésions osseuses ne conduisent du côté du sinus, le toit de la caisse est normal. Cependant il est trépané.

La dure-mère cérébrale mise à nu est saine — injection intra-duremérienne de 2 cm³ d'électragol. Après cette opération, on constate que la céphalalgie diminue, la température paraît s'abaisser mais fort peu. Chaque jour injection intramusculaire d'électragol. Cependant la plaque érysipélateuse de l'avant-bras gauche augmente, les douleurs articulaires se sont localisées au genou droit et à l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Le 25 mai, il existe nettement un phlegmon antibrachial gauche, une arthrite suppurée du genou droit et de l'articulation sténo-claviculaire gauche. La malade n'a jamais accusé de frissons. Il s'agit certainement de métastases d'origine otique.

Le sinus latéral est aussitôt mis à nu sur une étendue de 3 centimètres, l'os qui le recouvre est macroscopiquement normal; la paroi est un peu rouge, hyperhémiée. Incision du sinus au bistouri. Il n'y a aucune trace de thrombose, le sang s'écoule normalement. Une ponction exploratrice de l'articulation du genou droit et une incision de l'abcès anti-brachial laisse écouler du pus qui examiné donne du streptocoque en abondance. Depuis, cette malade soignée par le Dr Ricard a subi une arthrotomie du genou droit et de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Un nouvel abcès au niveau du bras droit est apparu quelques jours après. Actuellement cette malade est guérie (octobre 1908).

En somme : il s'agit d'une *pyohémie* SANS *thrombo-phlébite*, due au streptocoque survenue à la suite d'une poussée aiguë sur une oreille atteinte d'otite chronique guérie. Les abcès métastatiques se sont formés au niveau des membres et des articulations, il n'y a pas eu de frissons. C'est un cas qui confirme d'une façon absolue la description classique de Korner.

M. Mahu cite un cas d'infection streptococcique généralisée grave qui a également guéri. Il s'agit d'une femme de trente-trois ans qui, atteinte d'infection puerpérale, contracta une otite moyenne suppurée à laquelle succéda en quelques jours une mastoïde. Mahu fit une très large antrotomie; mais il apparut en même temps une adénite cervicale bilatérale suppurée qu'il fallut ponctionner, puis un érysipèle extrê-

mement étendu de la face et du cuir chevelu, et enfin une pleurésie purulente qu'il fallut également ponctionner.

La malade résista à des températures très élevées et à un affaiblissement considérable et tout disparut peu à peu.

BONNES

Nouveau traitement de l'Otite

J'emploie depuis six mois environ un traitement pour l'otite aiguë qui m'est personnel et qui m'a donné des résultats extrêmement rapides et sûrs. En quatre ou cinq séances la suppuration est nettement arrêtée. Je me sers d'un mélange en parties égales d'alcool saturé, d'acide borique à 90° et d'eau oxygénée à 12 volumes.

Voici comment je procède :

Pour assurer l'asepsie de l'oreille, je fais un lavage à l'eau bouillie et je sèche, puis je verse dans l'oreille cinq ou six gouttes d'eau oxygénée pure, j'attends qu'elle bouillonne et je sèche une seconde fois. Enfin je verse quatre ou cinq gouttes d'eau oxygénée, *d'abord* en me servant d'un *spéculum stérilisé que je laisse à demeure*, et j'ajoute ensuite la même quantité d'alcool boriqué à 90°. La tête du malade étant penchée, je mélange dans l'oreille *elle-même* alcool et eau oxygénée, en me servant d'un petit tampon de ouate stérilisée, fixé très serré sur un porte-ouate; j'attends que le mélange bouillonne. Tout cela est fait sous le miroir.

Je laisse ainsi le malade 4 à 5 minutes, sans enlever le spéculum. Le bain d'oreille terminé, j'essuie minutieusement et je verse 4 à 5 gouttes d'alcool boriqué à 90°, suivant la tolérance du sujet, et que je laisse à demeure.

Le malade met chez lui matin et soir quelques gouttes d'alcool; pommade mentholée et boriquée dans le nez. A un jour d'intervalle, je recommence moi-même le même traitement. La suppuration diminue très rapidement et quand elle est tout à fait arrêtée je fais un pansement sec à l'acide

borique; j'ai obtenu d'excellents résultats avec ce traitement dans plusieurs cas d'otite chronique. Le nombre des séances est naturellement plus grand, mais dans de vieilles otites chroniques, j'ai vu une amélioration rapide survenir en peu de jours. Je cite plus bas l'observation d'un lieutenant d'artillerie atteint d'une otite chronique ancienne à répétition; après l'avoir soigné par les moyens habituels (glycérine phéniquée, alcool) durant deux mois, j'employais mon traitement que je n'avais expérimenté jusqu'à ce jour que sur un ou deux malades de ma clinique. La suppuration s'arrêta définitivement au bout de deux séances. Quand l'audition est perdue, elle ne revient naturellement pas, mais dans l'otite aiguë l'audition revient très rapidement dès la cicatrisation de la membrane. Elle est conservée dans l'otite chronique si elle subsiste encore.

Ce traitement peut très facilement s'appliquer chez les enfants. Le mélange d'alcool et d'eau oxygénée provoque un petit picotement qui passe assez vite. Il y a parfois un peu de rougeur du tympan sans conséquence.

Dans l'otite chronique j'ai vu quelquefois se former, après le bain du mélange, de petites fausses membranes qui se détachent facilement et ne reviennent plus; j'ai eu deux fois une légère hémorragie consistant en 2 ou 3 gouttes de sang dont le siège était à la partie profonde du conduit auditif, je l'ai arrêtée avec un peu d'adrénaline; il n'y a pas eu de récidive. Pour aller plus vite on peut supprimer l'eau oxygénée pure que je mets seule après le lavage à l'eau bouillie, je m'en sers pour assurer le nettoyage de l'oreille. Ce traitement s'applique tout aussi bien après la paracentèse que dans l'otite à ouverture spontanée.

Observation I. — Un enfant de 12 ans, le jeune X..., m'est envoyé de l'hôpital de Daunant le 5 mars pour une otite suppurée droite qui date de 8 à 10 jours. Ecoulement abondant. Après lavage l'examen de la membrane donne une perforation assez large antéro-inférieure. A l'examen du naso-pharynx, végétations adénoïdes. Lavage de l'oreille à l'eau bouillie et séchage, puis instillation de 5 à 6 gouttes d'eau oxygénée pure; j'attends qu'elle bouillonne, puis je sèche de nouveau; je sou-

mets le malade à un bain d'un mélange à parties égales d'alcool boriqué à 90° et eau oxygénée à 12 volumes. L'enfant éprouve quelques douleurs, je procède immédiatement au séchage de l'oreille et je trouve le tympan assez congestionné, je verse alors quelques gouttes de glycérine phéniquée et recommande par prudence la glycérine matin et soir.

Le lendemain, 10 mars, la congestion du tympan a disparu et l'écoulement a diminué d'intensité.

Le 11 mars je recommence le même traitement. Cette fois je soumets le malade à un bain plus long, 3 minutes environ. La légère douleur qui s'était fait sentir au premier pansement apparaît de nouveau, mais elle disparaît vite. Je mélange bien avec un stylet recouvert de ouate stérilisée l'alcool et l'eau oxygénée et je provoque ainsi le bouillonnement du mélange ; j'essuie. Le tympan est moins rouge, je verse 5 à 6 gouttes d'alcool à 70° et recommande l'alcool matin et soir au lieu de la glycérine.

Le 13 mars, l'écoulement a beaucoup diminué. Même pansement.

Le 16 mars, très peu d'écoulement. Même pansement. Douleurs très légères au moment de l'application du mélange, bain de 5 minutes.

Le 18 mars, la suppuration a presque disparu, je fais néanmoins le pansement sans provoquer de douleurs.

Le 20 mars, plus de suppuration. Pansement sec à l'acide borique. Dans la suite, ablation des adénoïdes, guérison complète.

Observation II. — Le 21 mars, la jeune X..., âgée de 14 ans environ, m'est envoyée de l'hospice de la maison de santé pour une otite double survenue à la suite d'une grippe. Large perforation en bas et en avant à l'oreille droite. Petite perforation médiane de l'oreille gauche. Suppuration plus abondante à droite qu'à gauche. Rien au naso-pharynx. Nez normal, j'institue le traitement au mélange d'alcool boriqué et eau oxygénée pour les deux oreilles. Le bain provoque au début des douleurs assez fortes. J'attends néanmoins, et une minute après la douleur a disparu. La malade supporte très bien pour les deux oreilles un bain de 5 minutes, je trouve les tympans légè-

rement congestionnés, je prescris l'alcool à 70° en raison de la sensibilité de la malade, matin et soir. Pommade dans le nez.

Le 23 mars, la suppuration a déjà beaucoup diminué à gauche. Elle reste stationnaire à droite. Même pansement.

Le 25 mars, plus de suppuration à gauche. Je fais quand même le traitement sans aucune douleur à gauche. A droite, très sensible amélioration. Même traitement.

Le 28 mars, suppuration saine à gauche. Pansement sec à l'acide borique. A droite, diminution de la suppuration. Même traitement.

Le 30 mars, légère suppuration à droite. Je fais le traitement à gauche. A gauche, le pansement sec se tient très bien.

Le 1er avril, plus de suppuration à droite. Pour plus de sûreté, traitement.

Le 4 avril, pansement sec à droite. J'enlève le pansement à gauche. L'audition est un peu diminuée.

Le 11 avril, j'enlève le pansement sec à droite. L'audition est à peu près normale; elle est entièrement revenue à gauche.

J'ai eu l'occasion de revoir la malade 2 mois après. Il n'y a pas eu de récidive, la guérison est complète.

OBSERVATION III. — Le 20 janvier le lieutenant d'artillerie R.., 30 ans, vient me consulter pour une otite chronique gauche qu'il a depuis l'âge de 15 ans environ. Il a été soigné à différentes reprises chez lui et dans diverses garnisons. L'écoulement s'est arrêté pendant d'assez longs intervalles, puis reparaît. A l'examen, destruction à peu près complète de la membrane. Le manche du marteau est rétracté. La muqueuse de la caisse a des bourgeons charnus. Le pus n'est pas odorant. Je ne trouve pas de points dénudés avec le stylet. Rien au naso-pharynx. Nez normal. Je fais venir le malade 3 fois par semaine chez moi. Je fais un curettage de la caisse par les voies naturelles et je pratique ensuite moi-même les lavages avec pansements à la glycérine phéniquée et plus tard à l'alcool. La suppuration diminue, mais il m'est impossible de l'arrêter définitivement.

Le 2 avril, en raison des bons résultats obtenus chez les deux

malades précédents par le traitement à l'alcool boriqué et eau oxygénée, j'essaie un bain de ce mélange de 6 à 8 minutes. Il y a un peu de douleur, mais très supportable. Je fais revenir mon malade le lendemain. La suppuration est presque arrêtée. Je pratique le 4 avril un nouveau pansement et le 6 avril il n'y avait plus trace d'écoulement. Le 8 avril je fais un pansement sec à l'acide borique que je surveille attentivement les jours suivants; j'ai enlevé le pansement sec le 16 avril.

L'audition était abolie, depuis de longues années, de cette oreille. J'ai reçu le 10 octobre à Biarritz une lettre du lieutenant R... me disant que l'écoulement n'avait jamais plus reparu.

Observation IV. — Le 22 avril, le jeune P..., âgé de 18 ans, élève à l'école normale, est amené par son père pour un écoulement de l'oreille droite qu'il a depuis deux mois. A l'examen je trouve un gros polype. Traces d'adénoïdes au naso-pharynx. Nez normal. Dès le lendemain, j'enlève le polype et fais un pansement antiseptique. Perforation en haut et en arrière.

Le 27 avril, l'écoulement persistant, j'institue le traitement, lavage, séchage, eau oxygénée pure, séchage et bain de 5 minutes à l'alcool boriqué et eau oxygénée mélangés. Très légère douleur passagère. Le tympan est légèrement congestionné; néanmoins le malade supportant bien l'alcool, je prescris matin et soir 5 à 6 gouttes d'alcool à 90° et la pommade mentholée dans le nez.

Le 29 avril, diminution de l'écoulement. Même traitement.

Le 1er mai, écoulement stationnaire. Traitement.

Le 4 mai, diminution très sensible de l'écoulement.

Le 6 mai, très peu de suppuration.

Le 8 mai, l'écoulement a à peu près disparu, je fais toujours le traitement.

Le 11 mai, plus d'écoulement. Pansement sec.

Le 18 mai, j'enlève le pansement sec à l'acide borique. Le tympan est soudé. L'audition est revenue.

Je procède ensuite au grattage du naso-pharynx, guérison absolue. Pas de récidive.

Observation V. — Le 28 avril, le jeune X..., 15 ans, élève aussi à l'école normale des garçons, m'est amené pour des douleurs de l'oreille droite. A l'examen je trouve un tympan rouge, avec voussure de la partie supérieure. Je pratique immédiatement la paracentèse et provoque un écoulement abondant; je fais un lavage et verse dans l'oreille quelques gouttes de glycérine phéniquée. Je fais revenir mon malade le lendemain et je lui institue le traitement à l'alcool et eau oxygénée.

Le 1er mai l'écoulement a beaucoup diminué.

Le 3 mai, plus d'écoulement, je fais le pansement sec.

Le 9 mai, j'enlève le pansement. La cicatrisation du tympan est complète. L'audition est normale.

Il y a des adénoïdes au naso-pharynx. Les parents se sont opposés à l'opération. Il n'y a pas de récidive de l'otite actuellement.

Observation VI. — Le 11 avril, Mme de C..., qui habite Paris, m'amène sa fille âgée de 11 ans pour un écoulement très abondant de l'oreille gauche. Elle a été soignée à Paris pendant un mois environ. A l'examen je trouve un assez gros polype tout à fait appliqué sur la membrane, je fais part à la mère de mon diagnostic, mais en raison d'un deuil récent et d'émotions violentes on me demande d'attendre le retour à Paris pour l'intervention; j'y consens volontiers et j'institue le traitement à l'alcool et eau oxygénée, que je fais tous les jours. Malgré le polype, la suppuration a beaucoup diminué dans l'espace de 8 jours. Obligé de m'absenter pour le Congrès de climatothérapie à Biarritz, je prescris des lavages et des bains d'alcool et eau oxygénée de courte durée, tous les deux jours. A mon retour, 6 jours après, l'écoulement avait à peu près disparu et le polype avait légèrement diminué de volume. La jeune malade partant deux jours après pour Paris, je l'adressais à mon éminent maître Lubert-Barbon qui l'a opérée. La guérison est complète.

Observation VII. — Le 2 mai j'ai soigné une petite fille de 8 ans qui est entrée à l'hôpital de Daunant pour une rougeole. On me l'amène pour un écoulement d'oreille à gauche. La suppuration est peu abondante.

Perforation médiane. J'applique immédiatement le traitement. L'enfant supporte très bien le bain d'alcool et eau oxygénée. Quelques picotements au début, mais après avoir séché l'oreille, une petite hémorragie se produit. J'en recherche l'origine et la trouve à la partie profonde et inférieure du conduit. Quelques gouttes d'adrénaline sur un tampon de ouate fixé sur un porte-tampon l'arrête très vite. Malgré ce petit accident je prescris l'alcool à 90° matin et soir. Pommade dans le nez.

Le 4 mai la suppuration a diminué.

L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Même traitement sans hémorragie.

Le 6 mai, très peu de suppuration.

Traitement sans complication.

Le 9 mai, la suppuration est arrêtée.

Pansement sec.

Le 15 mai, j'enlève le pansement. Guérison.

Observation VIII. — Au mois de juin dernier, j'ai eu le plaisir de pouvoir soigner une malade avec ce traitement dans la clinique de mes excellents maîtres MM. Lubet-Barbon et Martin. Mon distingué et aimable ami Veillard voulut bien me confier une jeune femme d'une trentaine d'années avec une otite aiguë, oreille gauche. A l'examen, perforation médiane. Rien au naso-pharynx. Nez normal. J'ai commencé le traitement le 11 juin, lavage, séchage, eau oxygénée pure, séchage puis bain de 5 minutes au mélange d'alcool et eau oxygénée. Le 13 juin, la suppuration a diminué. Même traitement.

Le 16 juin, état stationnatre. Traitemcnt.

Le 18 juin, diminution de l'écoulement.

Le 20 juin, très sensible amélioration, peu de suppuration.

Le 23 juin, la suppuration est à peu près tarie. La malade obligée de quitter Paris ne peut plus venir suivre le traitement. Je recommande pendant huit jours l'alcool à 90° matin et soir.

Observation IX. — J'ai soigné plusieurs années de suite Mlle F..., de N., pour une otite chronique survenue à la suite d'une opération des végétations adénoïdes.

Pendant six mois, le confrère qui l'avait opérée lui a donné des soins sans résultats.

A l'examen je trouvais une caisse granuleuse avec plusieurs points de nécrose et après un curettage et des soins très assidus je parvins à tarir la suppuration 7 ou 8 mois après. Il y avait au naso-pharynx des traces d'adénoïdes, mais malgré mon insistance les parents refusèrent une nouvelle intervention.

Deux ans après, on me ramène cette jeune fille et je trouve à l'examen un gros polype que j'enlève. La suppuration fut cette fois plus rapidement arrêtée. Toujours refus des parents d'une intervention au naso-pharynx.

Un an et demi environ après cette seconde rechute, les parents reviennent avec leur fille qui a un léger écoulement de la même oreille. Le 6 avril 1908, je trouve encore un petit polype, j'en fais l'ablation et le 11 avril je commence le traitement au mélange d'alcool et eau oxygénée.

J'ai fait exactement 9 séances. L'écoulement s'est complètement arrêté.

Je suis arrivé à décider les parents à faire le grattage du naso-pharynx. Il n'y a pas eu jusqu'à ce jour de récidive.

Observation X. — La mère de la jeune fille dont je viens de citer brièvement l'observation se décide, à la fin du traitement de sa fille, à me montrer son oreille dont elle ne m'avait jamais parlé précédemment et qui coule depuis vingt ans.

A l'examen je trouve à l'oreille gauche un tympan complètement détruit, plus de marteau, caisse granuleuse et plusieurs points de nécrose. Pus extrêmement fétide. Rien au naso-pharynx ni au nez. Je parle d'une intervention radicale, mais la malade ne veut pas entendre parler d'opération. Je prescris des lavages, des bains d'alcool et lui propose d'essayer le traitement à l'eau oxygénée et alcool un mois après, à mon retour de Paris.

Le 29 juin, j'institue à tout hasard le traitement avec bains de 6 à 8 minutes. Comme la malade habitait les environs, elle ne peut venir chez moi que deux fois par semaine. A la troisième séance le pus extrêmement fétide n'a plus d'odeur.

Le 18 juillet, au moment de mon départ pour Biarritz,

l'écoulement avait certainement très sensiblement diminué. J'ai recommandé pendant mon absence les lavages et les bains de l'oreille, mais je n'ai plus eu de nouvelles de la malade.

CONCLUSIONS

Je crois pouvoir affirmer que ce traitement au mélange d'alcool boriqué à 90° et eau oxygénée à 12 volumes est très rapide, très sûr et sans complications dans l'otite aiguë. Je n'ai pas eu un seul cas d'otite aiguë où ce traitement ait échoué.

Dans l'otite chronique il peut dans certains cas donner d'excellents résultats. Jusqu'à ce jour les malades que j'ai pu voir au moins jusqu'à la fin du traitement m'ont donné pleine satisfaction, mais je n'ai pas assez d'observations complètes pour affirmer la guérison définitive par ce procédé. Je crois néanmoins qu'il peut rendre des services dans le traitement de l'otite chronique. Je pense que le mélange d'alcool et d'eau oxygénée agit comme un antiseptique puissant de l'oreille. En outre, l'action caustique de l'alcool et l'action détergente de l'eau oxygénée paraîtraient plus efficaces parce qu'elle se produit au même moment.

Enfin le bouillonnement de l'eau oxygénée mêlée à l'alcool permet à ce dernier d'agir sur toute la muqueuse de l'oreille moyenne et dans ses moindres replis.



Séance du 13 novembre 1908

Présidence de M. Mounier, Président

Présents : MM. Mounier, Veillard, Caboche, R. Leroux, Bellin, Paul Laurens, Luc, R. Foy, Lubet-Barbon, Castex, Boucheron, Mahu, Cartaz, Didsbury, Cornet, Gaudier, Fournié, Courtade, Kœnig, Boulay, Le Marc'hadour, Weismann, Furet, Weill, Cauzard, Grossard.

Excusés : MM. Glover, Viollet.

Sont élus pour 1909 :

Vice-président : M. Le Marc'hadour.

Trésorier : M. Fournié.

Secrétaire annuel : M. Robert-Leroux.

La correspondance comprend une lettre de candidature du Dr Munch, de Paris. Parrains : MM. Le Marc'hadour et Boulay.

Communications :

Henri Caboche

Nouvelle note sur le pansement des évidés par les poudres antiseptiques, en particulier par l'emploi combiné du salicylate de soude et de l'acide borique, et sur la résection immédiate du conduit membraneux.

L'auteur revient sur ce sujet qui a déjà fait de sa part l'objet d'une note à la Société Française de laryngologie en 1904.

Il rapporte dix nouveaux cas traités par ce procédé et guéris très rapidement et avec un plein succès. Ces insufflations se font tous les deux jours à l'aide de l'insufflateur de Kabierske. Dès le quinzième jour on peut souvent sup-

primer tout pansement extérieur : un simple tampon de gaze obture le conduit. Il rejette le tamponnement et le nettoyage en cas de bourgeonnement d'une façon presque absolue.

Le seul inconvénient de la méthode est la douleur parfois extrêmement violente, durant 7 à 8 heures après le pansement. L'auteur a pu supprimer la douleur chez les évidés en substituant à la poudre borique la poudre de salicylate de soude stérilisée.

Toutefois, en raison des propriétés agressives des produits salicylés vis-à-vis des productions épidermiques, ces insufflations sont faites seulement jusqu'au quinzième jour : à ce moment la cavité est complètement tapissée de bourgeons, et l'acide borique, qui alors ne va plus provoquer de douleur, reprend tous ses droits.

L'auteur insiste de nouveau sur l'avantage considérable de la résection immédiate du conduit membraneux avant la trépanation : jour considérable dans la caisse, point de repère toujours visible pour savoir à quelle distance on se trouve du facial, suppression de l'écarteur, tels sont les avantages de ce procédé.

Discussion

M. Mahu constate que les pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien constituent, à cause de leur durée et de leur difficulté, une véritable *corvée* pour notre spécialité.

La question n'est pas encore résolue parce que, d'abord, il est difficile de la résoudre, chaque auteur d'un nouveau procédé voulant appliquer son procédé à tous les cas.

A son avis, plus que du procédé employé, la durée dépend des facteurs suivants :

Etat général du sujet;

Nature de l'infection (ostéite simple, cholestéatome, ostéomyélite, tuberculose, etc.), et aussi perfection dans l'exécution de l'évidement.

Il pense qu'il ne doit pas y avoir un procédé unique de pansement des évidés, mais des procédés variables suivant les cas. De plus, quelle que soit l'expérience du chirurgien et quel que soit le procédé employé, rien n'empêchera, dans

certaines limites, que les pansements des évidés ne se divisent en deux catégories :

Ceux qui durent longtemps quoi qu'on fasse ;

Ceux qui guérissent rapidement, quel que soit le procédé employé, *pourvu qu'on soit propre.*

En dehors de toute question d'ordre général, pour qu'un évidé guérisse rapidement, il faut que l'évidement ait été fait à fond, c'est-à-dire que le curettage des fongosités et de l'ostéite ait été complet.

Or il peut arriver que, malgré l'habileté et l'attention du chirurgien, il reste des places non curettées, soit par oubli, soit volontairement, à cause du danger qu'il y aurait eu à curetter certains points.

Quoi qu'il en soit, à moins qu'il ne s'agisse d'ostéomyélite ou de tuberculose osseuse, les malades de la première catégorie guériront rapidement, à la seule condition d'être pansés proprement avec n'importe quoi : avec de la gaze, avec des acides, des sels, de l'huile ou même avec rien. Au contraire, les pansements de la 2e catégorie dureront aussi longtemps que les séquestres n'auront pas été éliminés.

Il a traité et guéri des évidés opérés avec ou sans lambeau postérieur et pansés par n'importe quel procédé et il est devenu extrêmement éclectique. La seule morale qu'il en tire est qu'il faut *évider avec le plus grand soin et panser avec l'asepsie la plus rigoureuse, en touchant le moins possible,* aussitôt qu'a commencé l'épidermisation.

M. Furet a fait la résection totale du conduit membraneux dans 4 cas et n'a pas eu lieu de s'en féliciter. Ses trois premiers ont bien guéri, mais avec une atrésie considérable du conduit, qui a beaucoup gêné les derniers pansements. La quatrième, une jeune femme, a fait un rétrécissement rapide et si complet du conduit qu'il dut la réopérer un mois plus tard. Malgré cette nouvelle opération, dans laquelle il fit une ouverture très large empiétant sur le cartilage de la conque, le rétrécissement s'est produit à nouveau. Il y a de la rétention douloureuse et l'auteur va être amené à une 3e intervention, dans laquelle il compte laisser ouverte la plaie rétro-auriculaire.

M. Luc, depuis l'essai comparatif des pansements huileux

et boriqués qu'il a pratiqués sur un même malade évidé des deux oreilles, essai lui ayant démontré que la cicatrisation était obtenue beaucoup plus rapidement avec la seconde méthode qu'avec la première, a exclusivement eu recours aux insufflations de poudre boriquée avec ses opérés. Cette méthode lui donne la plus grande satisfaction, et il a même eu la bonne chance de ne pas observer jusqu'ici les phénomènes douloureux notés par M. Caboche.

M. Lermoyez a observé que les pansements à l'acide borique ne donnent presque jamais de résultats d'épidermisation aussi beaux que l'ancienne méthode de pansement par tamponnements. La cavité est rétrécie, souvent déprimée. Mais si l'on voit ces malades six mois au moins après, on est étonné de voir la cavité épidermisée plus large, plus libre qu'au moment même de l'opération. Il est vraisemblable que les brides cicatricielles cloisonnantes, mal nourries, ont subi une atrophie spontanée qui les a fait disparaître et a ramené la cavité d'évidement à la forme que lui aurait immédiatement donnée le tamponnement.

M. Cauzard pense que le procédé de Siebenmann et les procédés connexes ont un avantage admis par tous, c'est le peu de durée des pansements de l'évidement. Mais il a quelquefois le désavantage d'un mauvais résultat esthétique.

Il ne croit pas que l'on doive incriminer l'opérateur, mais soit la forme de l'oreille, soit la grandeur de la résection, soit une malformation cicatricielle. L'auteur a récemment vu une série de malades évidés par le professeur Siebenmann lui-même, et plusieurs n'avaient pas un résultat esthétique excellent, nécessitant un tampon de coton volumineux d'une façon constante. Aussi pense-t-il que l'on doit toujours proposer au malade soit un procédé rapide, — le procédé de Siebenmann dont le résultat esthétique est très variable, — soit un procédé lent qui permet un résultat apparent plus joli, avec une déformation, il est vrai, derrière le pavillon, déformation qu'on peut toujours modifier par des plastiques, des injections de paraffine et qui chez la femme peut être cachée par les cheveux.

M. CHAPUT

Résection complète de l'ethmoïde pour une tumeur maligne des fosses nasales avec exophtalmie et compression des nerfs optiques. Guérison avec retour de la vue.

J..., 40 ans, garçon de recettes, est entré dans mon service en mars 1908 pour des troubles oculaires consécutifs à une tumeur des fosses nasales.

L'affection a commencé il y a 4 ans ; à cette époque il dut être atteint d'un coryza rebelle ; pendant plusieurs mois il mouche abondamment un liquide clair comme de l'eau.

Bientôt on constata l'existence de végétations nasales et une tumeur gris jaunâtre apparut dans la fosse nasale droite qu'elle oblitérait complètement.

En avril 1906, il se fit soigner par le Dr Barntown qui à plusieurs reprises lui enleva des fragments de tumeur.

Au commencement de 1908 des troubles de la vue apparurent ; le malade consulta M. Morax qui constata un œdème des deux papilles avec cécité presque complète de l'œil gauche, indiquant une tumeur intra-cranienne probable mais pas absolument certaine.

A l'entrée on constate de l'exophtalmie plus marquée à droite qu'à gauche ; le nez est déformé et digité, on aperçoit une tumeur à l'entrée des fosses nasales.

La respiration est impossible par la narine gauche, elle est gênée à droite. Le malade respire la bouche ouverte.

Pas d'écoulement nasal, pas d'épistaxis ni d'épiphora ni de troubles de la déglutition.

L'examen au spéculum montre une tumeur rougeâtre dans la fosse nasale droite, jaunâtre et sphacélée à gauche, occupant la partie supérieure des fosses nasales.

Au toucher pharyngien on trouve une tumeur végétante et assez molle, occupant le pharynx nasal et l'ouverture postérieure des fosses nasales. Le malade est amaigri et cachectique.

Opération le 10 mars 1908.

Le malade est placé en position de Rose. Je trace une incision en Δ encadrant le nez, ouverte en haut, et laissant le nez adhérent par un pédicule médian et supérieur.

L'incision est poussée à fond et pénètre dans les fosses nasales ; la cloison est sectionnée, les os pourris sont détachés au ciseau et enlevés en masse sur le front.

J'enlève en masse à la curette, au ciseau, à la gouge, les cornets, les masses ethmoïdales latérales, la cloison et le vomer.

J'ouvre et je cure les sinus maxillaires sphénoïdaux et frontaux ; le sinus sphénoïdal gauche était particulièrement envahi ainsi que le sinus frontal gauche ; les cavités étaient très dilatées.

L'ethmoïde est réséqué complètement à coups de ciseau en prenant comme repère une horizontale partant du sillon naso-frontal. A la fin de l'opération, la dure-mère bombe sur toute l'étendue de la lame criblée de l'ethmoïde (échancrure ethmoïdale du frontal).

Le nez est rabattu et suturé et les fosses nasales sont bourrées à la gaze ektoganée qu'on laisse plusieurs jours en place.

Le malade se porte très bien pendant les premiers jours ; au bout de 10 jours environ il est pris d'attaques épileptiformes répétées avec délire assez violent qui nécessitent son transport à Sainte-Anne.

Le malade se calme au bout de quelques semaines et je le revois le 25 mai 1908, bien portant et engraissé : son exophtalmie a disparu ; sa vue est revenue à gauche, il ne présente aucune trace de récidive.

M. Morax l'examine le 29 mai 1908 et nous remet la note suivante :

« Très grande amélioration. Plus de névrite œdémateuse.

Le champ visuel est resté rétréci à gauche, mais de ce côté l'acuité visuelle est de 5/15 au lieu de 5/20. V = 5/7 comme le 24 février 1903. La motilité des globes oculaires est normale.

En somme les symptômes oculaires faisant craindre une propagation cranienne ont disparu. »

L'état est le même en novembre 1908.

Réflexions

Dans cette observation l'indication opératoire était difficile à poser car la névrite œdémateuse rendait probable un prolongement intra-cranien et contre-indiquait l'opération dans une certaine mesure.

Je ne me décidai à intervenir que sur la déclaration de mon collègue Morax m'affirmant que l'existence de la tumeur intra-cranienne n'était pas absolument certaine et qu'elle pouvait à la rigueur manquer, et aussi dans la pensée que l'opération même incomplète apporterait quelque soulagement.

Le procédé dont je me suis servi : rabattement du nez en haut, n'a pas été décrit, que je sache; je le trouve plus avantageux que le rabattement en bas d'Ollier, car le rabattement en haut permet d'attaquer le sinus frontal sans délabrement supplémentaire.

Il m'a permis d'ouvrir tous les sinus de la face, de réséquer la totalité de l'ethmoïde (opération que je ne crois pas avoir encore été exécutée), d'évider complètement les fosses nasales, et d'aborder facilement les sinus sphénoïdaux. Il est parfaitement applicable à l'hypophysectomie.

Le délire furieux post-opératoire avec attaques épileptiformes me paraît devoir être expliqué par un certain degré d'irritation méningée occasionnée par l'inflammation ou la nécrose plus ou moins complète de la dure-mère de l'échancrure ethmoïdale. Cette inflammation a été limitée et bénigne.

L'amélioration de la vue avec disparition de l'œdème pupillaire et de l'exophtalmie est un résultat surprenant et bien encourageant pour l'avenir.

Il semblerait que ces troubles oculaires puissent s'expliquer par une compression du chiasma occasionnée par les sinus sphénoïdaux.

Amygdales erratiques

M. Castex communique l'observation d'une jeune femme de 26 ans, dont l'amygdale gauche, au lieu d'occuper la fosse amygdalienne, se trouvait reportée *derrière* le pilier posté-

rieur. Elle avait à peu près le volume d'une amande. Entre les deux piliers gauches on ne voyait que quelques nodosités plates ressemblant vaguement à du tissu adénoïde.

Castex mentionne aussi le cas d'une jeune femme de 23 ans qui présentait de chaque côté du cavum, en bas et en avant de l'orifice pharyngien de la trompe, une masse de tissu adénoïde du volume d'une petite amande et représentant, probablement, l'amygdale tubaire de Gerlach hypertrophiée.

M. Cauzard

Modification aux techniques de Luc dans la cure chirurgicale des sinusites maxillaires, et dans celle des sinusites frontales.

Dans le cas de sinusite maxillaire, M. Cauzard pense qu'il faut chercher à toujours respecter le cornet inférieur, et qu'il faut abandonner la résection de la moitié antérieure du cornet. On peut ouvrir, entre l'insertion du cornet et le plancher des fosses nasales, la cloison intersinusienne soit dans sa partie antérieure, soit dans sa partie postérieure. Dans sa partie antérieure, la cloison est attaquée de la fosse nasale vers le sinus : on la défonce au moyen d'une gouge, d'une rugine courbe et très étroite ; il est facile ensuite d'agrandir l'orifice avec une pince coupante, ou bien à la gouge et au maillet vers la partie inférieure plus épaisse.

Dans sa partie postérieure, la cloison doit être attaquée du sinus vers la fosse nasale. Dans ce dernier cas, l'intervention est peut-être plus sanglante, ce qui s'explique par le voisinage des troncs des artères ptérygo-palatine et sphéno-palatine.

De cette façon, on obtient un drainage facile bien suffisant et l'on supprime la possibilité d'avoir ce qu'on peut appeler l'ozène post-opératoire, complication bien désagréable, due à la résection du cornet moyen qui est le plus souvent nécessaire, et à la résection du cornet inférieur qu'on peut éviter.

Dans la trépanation du sinus frontal, selon la technique

de Luc, l'orifice est variable, proportionnel aux dimensions du sinus, mais toujours il est celui d'une trépanation limitée, et sa forme est habituellement ovale, ou rectangulaire. Afin d'éviter au maximum la défiguration, M. Cauzard a fait la trépanation de la paroi frontale en forme de croissant ou plutôt en forme d'une L, qui ne serait que la réunion à angle droit de deux lignes de trépanation très étroite ; la branche verticale descend sur l'apophyse orbitaire du frontal, la branche horizontale s'allonge au-dessus du rebord orbitaire vers l'angle externe.

Il reste alors un angle de lame osseuse destiné à soutenir les téguments, empêchant toute dépression notable, bien que la trépanation permette ainsi l'exploration dans tous les angles du sinus, de ses prolongements; on possède une vue très nette sur l'orifice du canal naso-frontal, et un moyen d'accès facile sur les cellules ethmoïdo-frontales.

M. Luc croit que M. Cauzard n'a pas exactement interprété la façon dont il pratique la brèche osseuse dans ses interventions sur l'antre frontal. — Il commence par chercher ce dernier là où il se trouve toujours : sous l'extrémité interne de l'arcade orbitaire; de là la brèche est étendue à l'apophyse montante, en vue de l'effondrement des cellules ethmoïdales antérieures qui est la condition essentielle d'une bonne communication fronto-nasale. — Ce n'est que dans le cas où l'exploration de l'antre de bas en haut lui apprend qu'il s'étend au loin dans le sens vertical, qu'il pratique en pleine région frontale une seconde brèche séparée de la première par un pont osseux, à la façon de Killian. Quant à la forme de cette seconde brèche, elle est exclusivement subordonnée aux dimensions de l'antre en hauteur ou dans le sens transversal.

M. Cauzard présente une malade atteinte de symphyse totale du voile du palais et du pharynx, qu'il se propose de traiter après libération chirurgicale par la dilatation caoutchoutée permanente.

M. Cauzard présente un tube à inhalations de vapeurs de chlorétone, dans le genre d'une pipe, permettant au malade d'aspirer facilement par lui-même les vapeurs.

M. Gaudier

Pièces de résection du maxillaire supérieur droit pour tumeur du sinus

Il s'agit d'un malade âgé de 50 ans qui présentait depuis de longues années des polypes muqueux du nez et qui subit, au mois d'août dernier, à la Clinique, un Cadwell-Luc pour une sinusite droite; au cours de cette intervention, il fut constaté que le sinus était bourré de polypes à apparence muqueuse, dont l'examen histologique ne fut malheureusement pas fait.

Récidive rapide avec des phénomènes nouveaux; saignements, écoulement de liquide ichoreux par la narine droite, et apparition à l'orifice de l'ouverture sinuso-nasale d'un bourgeon saignant et repullulant après un curettage. Pas d'adénopathie. Résection du maxillaire supérieur, qui présente au point de vue opératoire deux particularités intéressantes : d'abord, en raison de la vascularité extrême de la tumeur et pour épargner au malade une perte de sang inutile, on procéda 5 minutes avant l'opération à l'injection profonde, contre l'os, d'adrénaline au millième, 5 gouttes contre le rebord orbitaire, 5 gouttes dans la fosse canine, et 5 gouttes au niveau du voile du palais.

L'opération se fit presque exangue, et sans cette explosion hémorragique bien connue, très maîtrisable, il est vrai, mais qu'il peut être intéressant d'éviter pour ce patient. Aucun incident pendant l'opération.

D'autre part, le malade, en raison des douleurs dentaires qu'il éprouvait depuis longtemps, n'avait plus de dents à la mâchoire supérieure droite, les ayant fait arracher, ce qui permit sans couper la lèvre supérieure, et sans pénétration de sang dans la bouche, la fosse nasale ayant au préalable été tamponnée, d'extraire le maxillaire sans toucher à la muqueuse palatine qui fut décollée par la brèche de la joue; une branche du sécateur fut introduite entre la muqueuse décollée et l'os, tandis que l'autre était poussée à fond dans la fosse nasale. Au point de vue des suites ultérieures, ce détail a une

grande importance, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue de l'infection de la plaie. Sutures cutanées au catgut après tamponnement serré sortant par la narine droite et qui fut enlevé le 2e jour, lavages consécutifs par la narine; guérison sans aucun incident.

A l'examen de la pièce on voit que le sinus maxillaire est bourré de polypes muqueux, et à la partie interne renferme une tumeur de coloration différente et dont l'examen a été fait par le professeur Curtis; il s'agissait d'une tumeur mixte à type épithélial, certainement maligne, et dont un examen ultérieur plus complet sera effectué.

M. Castex. — Dans une résection du maxillaire supérieur que j'ai faite récemment, comme la tumeur occupait surtout les parties antérieures du sinus, j'ai conduit l'incision transversale sur la voûte palatine, à moitié distance des incisives et du voile du palais, j'ai pu néanmoins amener facilement tout le maxillaire supérieur. La brèche était ainsi relativement petite et la prothèse s'en est trouvée très facilitée.

Il me paraît donc qu'on peut extraire le maxillaire supérieur par une brèche moins large que celle décrite par les traités classiques.

M. Gaudier

Volumineux polype du larynx (fibrome) chez une enfant

Depuis deux ans une fillette, âgée actuellement de 11 ans, présentait une altération de la voix, qui s'accompagna dans ces derniers mois de gêne respiratoire. Un médecin constata la présence d'un volumineux polype des cordes vocales et essaya de l'enlever, mais sans succès. A l'examen la glotte est remplie par une masse arrondie qui paraît dépendre de la bande ventriculaire droite. Devant l'impossibilité d'une intervention par les voies naturelles, la laryngo-fissure est pratiquée après trachéotomie, dans la même séance, et la tumeur énucléée après des difficultés nombreuses; suture immédiate de la plaie laryngo-trachéale, guérison sans incidents sérieux.

Lipome du voile du palais

On sait que le lipome dans cette région constitue une rareté; 4 ou 5 cas en sont connus. Il s'agissait d'un homme de 40 ans qui en était porteur depuis longtemps, mais qui ne s'en aperçut qu'à l'occasion d'un examen du pharynx. En raison de la mollesse de la tumeur, un médecin pensa à un kyste et ponctionna sans succès. Etat général excellent, pas d'adénopathie; opération facile, guérison sans incidents. Pièce intéressante en raison du volume de la tumeur.

M. Paul Laurens

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne

Du volume d'une noix, ce kyste était situé à la partie moyenne de la mastoïde, immédiatement au-dessous de la paroi externe de l'antre. Recouvert par les téguments mastoïdiens, il se trouvait enchâssé dans une dépression osseuse cupuliforme et lui était fixé par des bandelettes fibreuses dont l'une particulièrement résistante pénétrait dans une dépression osseuse en fissure. Ce kyste renferme du liquide citrin chargé de gouttelettes graisseuses, une couche de substance sébacée et un amas de cheveux longs de plusieurs centimètres.

Modification au miroir de Clar

M. P. Laurens présente un miroir frontal électrique qu'il a fait contruire par la maison Malaquin. Par un nouveau système d'articulation et de fixation ce miroir peut être placé tout près des yeux ; chaque œil n'est séparé de l'orifice correspondant que par une distance de 1 cent. à 1 cent. 1/2. D'où les avantages suivants : la convergence des lignes des regards n'est plus entravée, la vision binoculaire devient possible même pour des points très rapprochés de l'œil. Or, avec le miroir de Clar ordinaire, la vision binoculaire est impossible en deçà de 25 centimètres. Ce miroir peut être facilement placé en position de photophore.

M. C. HUBERT

Sur des cas de guérison spontanée chez des diabétiques atteints de mastoïdite aiguë

Il m'a été donné d'observer, dans le service de mon maître, M. le Dr Chatellier, deux cas de mastoïdite aiguë qui ont évolué spontanément vers la guérison bien que les malades fussent diabétiques.

OBSERVATION I. — M. E. Baub., 45 ans, blanchisseur, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph le 20 août 1906 parce qu'il souffre depuis quelques jours de l'oreille gauche. Il a eu la grippe quinze jours auparavant.

A l'examen, on constate que le tympan, rouge, bombe assez fortement dans le quadrant postéro-supérieur. Il n'y a pas de perforation spontanée. La pointe de la mastoïde est sensible au toucher. Une paracentèse, après nettoyage du conduit à l'alcool, et après anesthésie à la liqueur de Bonain, est immédiatement pratiquée. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Un pansement aseptique est appliqué.

Le malade semble avoir un bon état général et il n'est fait aucune analyse d'urine à ce moment.

Le pansement aseptique fut ensuite renouvelé tous les jours. Le malade avait vu sa douleur céder dès le lendemain de la paracentèse. Cependant, pendant toute la durée du mois de septembre, l'écoulement persista, assez abondant, souillant chaque jour la mèche du conduit et une mèche assez volumineuse chiffonnée dans la conque : il avait gagné les caractères d'écoulement séro-purulent. En haut et en arrière, le tympan formait un cul de poule persistant, malgré l'application, plusieurs fois répétée, d'une petite perle d'acide chromique.

Fin septembre, le malade se plaignit de nouveau de céphalalgie. Il ne s'agissait pas de douleurs dans l'oreille mais plutôt d'une lourdeur de tête.

L'image tympanique avait gardé les mêmes caractères. L'épreuve de Valsalva était positive.

Dans les premiers jours d'octobre 1906, on constata l'exis-

tence d'un point particulièrement douloureux au stylet sur la moitié supérieure de la paroi postérieure du conduit, à peu près à l'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse. Les jours suivants, la paroi à ce niveau fit légèrement saillie : on crut à l'évolution d'un furoncle.

Le 10 octobre, spontanément, un écoulement se produisit au niveau de ce point. L'examen au stylet démontra qu'il s'agissait de l'ouverture d'une véritable fistule, se dirigeant à travers un conduit *partout osseux*, en haut et en dedans vers l'antre ; le conduit intra-osseux avait une longueur de plus de un centimètre dans sa partie abordable. La région mastoïdienne ne présentait extérieurement aucun signe d'inflammation. En même temps que l'écoulement s'établissait par la fistule du conduit, l'écoulement cessait du côté du tympan qui redevint en peu de jours normal.

L'évolution un peu spéciale de cette otite, la possibilité d'une très prochaine trépanation mastoïdienne firent pratiquer l'examen des urines. On découvrit ainsi un diabète ignoré (38 gr. par litre).

On résolut de traiter le malade médicalement et de ne recourir à une opération qu'au cas d'extrême urgence.

Le malade fut soumis à un régime antidiabétique.

Localement on se contenta de traiter le malade par des pansements aseptiques avec bains d'oreille biquotidiens à l'alcool à 90°.

En trois semaines, toute trace de fistule avait disparu.

L'oreille était complètement guérie le 5 novembre 1906.

Le malade a été suivi depuis lors, tous les mois, jusqu'à mars 1907. Des analyses d'urine ont décelé la présence de sucre jusqu'en mars 1907. De mars 1907 à janvier 1908, aucune analyse d'urine n'a été pratiquée.

En janvier 1908, le malade revint à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph pour une pharyngite présentant tous les caractères de la pharyngite des diabétiques. Pourtant une analyse d'urines ne décela pas à ce moment la présence de sucre.

L'oreille gauche était toujours normale. Sur la paroi postérieure du conduit, on pouvait encore voir une petite cicatrice blanchâtre, trace de l'ancienne fistule.

Observation II. — Mme B., 60 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, service du Dr Chatellier, le 23 décembre 1907. Au début d'août 1907, Mme B. a été atteinte d'une grippe qui, le 28 août, se compliqua d'une otite suppurée gauche. Depuis cette date jusqu'au 15 décembre, l'écoulement persista très abondant, souillant plusieurs compresses chaque jour; c'était du reste le seul symptôme apparent de la maladie qui, au dire de Mme B., ne se manifesta jamais, pendant cette longue période, par aucune douleur ni par aucune fièvre.

Vers le 10 décembre, cet écoulement lui-même diminua; mais presque en même temps apparaissaient des douleurs lancinantes dans la mastoïde, suivies par un gonflement rétro-auriculaire très net à partir du 15 décembre.

Ces symptômes s'étant accentués les jours suivants, la malade vint consulter pour la première fois à Saint-Joseph le 23 décembre 1907. Elle est immédiatement hospitalisée.

Examen local. — *Région mastoïdienne* rouge tuméfiée. Tégument empâté, surtout au niveau de l'antre, on sent une fausse fluctuation. Léger décollement du pavillon. A la pression douleur très vive à l'antre et à la pointe.

Du côté du conduit, pus très abondant, jaune crémeux, non fétide, et remplissant complètement le conduit. Après nettoyage, on constate un abaissement de la partie postéro-supérieure *au niveau de la partie osseuse.*

De l'examen local, M. Chatellier conclut à l'urgence de l'opération.

Mais l'*examen des urines* fait découvrir un diabète insoupçonné et l'on ajourne l'opération afin de permettre à la malade, grâce à un traitement antidiabétique, d'être en de meilleures conditions pour subir le choc opératoire.

En dehors du diabète, l'état général est *très bon.*

L'analyse quantitative des urines donne 1.500 grammes en 24 heures avec 27 grammes de sucre par litre.

Traitement. — a) *Général.* — Suppression d'aliments féculents. Régime : viande, légumes verts.

Comme médication. — Solution permanganique arsénicale (magnésie), 20 gouttes dans un demi-verre à bordeaux de vin rouge avant chaque repas.

b) *Local.* — 1) Pansements avec des compresses imbibées d'alcool sur la mastoïde ;

2) Pansements secs avec nettoyage à l'alcool par le conduit.

Pansements journaliers.

Résultat. — Au bout de 3 jours (27 décembre), la tuméfaction mastoïdienne diminue. Le 28, il n'y a plus d'œdème au niveau de la mastoïde qui n'est plus sensible à la pression ; l'abaissement de la paroi postéro-supérieure a rebondi et le conduit a repris son calibre normal. Le 1er janvier l'écoulement d'oreille cesse, le tympan redevient gris, il ne présente plus de perforation.

Le 6 janvier, une nouvelle analyse d'urine fait constater la *disparition totale du sucre.*

La malade quitte le service le 7 janvier, parfaitement guérie.

***

Nous ne voudrions pas conclure de ces deux observations que la mastoïdite aiguë chez les diabétiques est particulièrement bénigne.

Nous avons eu l'occasion au contraire d'apprécier toute la gravité de cette complication au cours du diabète. Nous avons vu un homme vigoureux mourir d'*insuffisance hépatique* toujours après une trépanation mastoïdienne faite sous chloroforme. Nous avons vu d'autre part une vieille femme de 65 ans mourir le dixième jour, après un évidement pétro-mastoïdien, avec une gangrène diffuse de la plaie opératoire.

Nos deux observations tendent seulement à rappeler ce fait discuté bien connu : à savoir que certains diabétiques arrivent à guérir leurs foyers de suppuration, comme des sujets normaux.

Nous nous demandons même si ces guérisons de diabétiques ne sont pas un peu moins rares qu'on ne le pense généralement.

En parcourant la littérature sur les mastoïdites chez les diabétiques, nous avons remarqué que bien souvent le sucre n'a été recherché que pour expliquer des complications.

Il est bien possible que dans un certain nombre d'otites

bénignes où l'analyse d'urine n'a pas été faite, cette analyse eût révélé un diabète ignoré.

Comment distinguer les bons diabètes et les mauvais?

Dans nos deux cas, il s'agit de diabètes légers et en quelque sorte transitoires, puisque le sucre a disparu à un moment donné. Mais il n'est point là un signe suffisant pour distinguer les deux catégories de cas.

De nos deux observations, nous voudrions tirer une dernière conclusion; peut être, dans les cas où l'opération n'est pas absolument *urgente*, l'expectation armée est-elle la meilleure conduite chez les diabétiques.

Et si un acte opératoire s'impose, le plus sage est sans-doute de tâcher d'éviter au malade le choc de l'anesthésie générale. La moitié des diabétiques opérés, qui succombent, meurent par insuffisance hépatique, suite de chloroforme.

Et nous avons vu un de nos maîtres opérer avec succès sous cocaïne une mastoïdite particulièrement grave chez un malade présentant un gros diabète.

M. Robert-Leroux

Evidement de la loge amygdalienne par l'emploi d'un nouveau morceleur à érigne

---

L'auteur présente un nouveau morceleur à érigne (voir *Presse Médicale*, 3 juin 1908) qui permet d'agir avec la plus grande simplicité sur une amygdale quelconque, mais qui trouve son maximum d'indication dans tous les cas où il est particulièrement nécessaire de choisir avant d'agir un fragment bien déterminé (*pathologique*) ou difficile à enlever (*exiguité ou adhérence*).

Il est d'un concours précieux quand on veut opérer *seul*, *vite*, avec *précision* et *sécurité*.

Avec le morceleur à érigne on peut saisir un fragment peu saillant; on peut choisir exactement le point où le morcellement doit avoir lieu et faire une nouvelle prise si ce choix est défectueux. Il est enfin impossible de blesser les piliers.

L'emploi du morceleur à érigne est surtout indiqué : dans tous les cas d'*amygdales enchatonnées*, dans les cas où l'évidement complet de la loge amygdalienne s'impose (amygdalite *lacunaire caséeuse*); dans les cas d'évidement partiel de la loge amygdalienne (*amygdalite lacunaire enkystée, corps étrangers* et *calculs de l'amygdale*).

Partout il économise un aide ou un temps opératoire.



Séance clinique du 11 décembre 1908

CLINIQUE DE MM. MARTIN et LUBET-BARBON

Présidence de M. MOUNIER, président

Présents : MM. Collinet, Fiocre, Weismann, Pasquier, Robert-Leroux, Cornet, Bourgeois, Lubet-Barbon, Veillard, Viollet, Georges Laurens, Le Marc'hadour, Bruder, Furet, Grossard, Egger, Kœnig, Hubert, Hautant, Mounier, Robert Foy, Cauzard, Martin.

Excusés : M. Glover.

Sur le rapport de M. Weismann, M. Munch est admis comme membre actif.

Sur la proposition du bureau, M. Lœwenberg, membre actif, est nommé membre honoraire.

ROBERT FOY

Appareil pour la rééducation respiratoire nasale

L'auteur présente un appareil remédiant, dans de nombreux cas d'insuffisance nasale, à l'insuffisance thérapeutique, voire même aux inconvénients de la gymnastique respiratoire thoracique. Cet appareil est formé :

I. — D'un obus d'air comprimé ;

II. — D'un obus d'oxygène comprimé ;

III. — De manomètres détenteurs, permettant de régler en pression et en quantité, le débit de ces deux gaz ;

IV. — D'un distributeur de gaz, permettant d'envoyer sous pression au malade, soit de l'oxygène, soit de l'air, soit un mélange de ces deux gaz ;

V. — D'un barboteur, retenant les poussières, humidifiant les gaz, permettant d'adjoindre au traitement des inhalations médicamenteuses ;

VI. — D'un appareil de suspension léger, se plaçant sur la tête, permettant de maintenir et de régler la position des olives nasales, qui, introduites dans chacune des fosses nasales, amènent, par l'intermédiaire d'un long tube de caoutchouc, l'air, l'oxygène ou leur mélange, dans le nez, le cavum, la trachée, les poumons du malade ;

VII. — D'olives nasales. Ces olives, en métal nickelé, sont faites de deux conduits parallèlement superposés, absolument indépendants, séparés dans toute la longueur par une cloison horizontale ; le conduit supérieur amène dans les fosses nasales les gaz du barboteur ; l'inférieur laisse en communication constante les fosses nasales avec l'extérieur, permettant ainsi des inspirations et expirations normales à l'air libre, la bouche fermée ; il empêche également tout excès de pression dans les cavités de la face, dans le cavum et dans l'oreille moyenne ; le voile du palais se soulève-t-il pendant une inspiration, par exemple en parlant, l'air sous pression, venant du conduit supérieur, après avoir balayé d'avant en arrière et d'arrière en avant la muqueuse naso-pharyngée, ressort sans résistance sensible par le conduit inférieur, en faisant entendre un léger sifflement caractéristique. Ce conduit inférieur se termine extérieurement par une petite saillie, s'opposant à la pénétration trop profonde de l'olive dans la fosse nasale correspondante. Ces olives ont encore, une fois en place, l'immense avantage de maintenir les ailes du nez, flasques, minces, parésiées chez les insuffisants, de les maintenir absolument écartées de la cloison, les empêchant d'être aspirées par le vide inspiratoire. Bien au contraire, l'excès d'air inspiré les repousse avant de ressortir par le conduit inférieur et les écarte automatiquement, jouant le rôle, pour ainsi dire, d'un appareil mécanothérapique.

Le maniement de cet appareil est relativement simple : asseoir le sujet sur une chaise, bien droit, les épaules effacées, la tête droite et légèrement en retrait, les bras croisés derrière le dos pour bomber le plus possible le thorax. Mettre en place le casque et ses olives ; réunir celles-ci au barboteur,

régler la pression à 100 ou 200 grammes, pour l'augmenter ensuite progressivement ; la bouche du sujet étant bien close, lui faire exécuter en rythmant d'une main les temps respiratoires de la façon suivante : inspiration lente et profonde; petit repos; expiration assez rapide et totale; temps de repos plus long que le précédent; et ainsi de suite; l'autre main pendant ce temps réglera, suivant le même rythme, l'arrivée du ou des gaz. Ces exercices de rythme seront exécutés environ dix minutes à un quart d'heure à chaque séance. Quand le sujet aura acquis le rythme respiratoire, il sera alors aisé de varier les exercices, et de les compléter même par des mouvements concomitants de gymnastique respiratoire, mais très simples, et à la condition que le sujet ne s'en trouve aucunement fatigué.

Les principaux avantages de cet appareil sont de rééduquer sans fatigue, avec le minimum d'attention, automatiquement; il agit en stimulant au maximum la sensibilité de la muqueuse naso-pharyngée, en forçant les ailes du nez à se dilater, le voile du palais à s'abaisser, la cage thoracique à se dilater; en un mot en recoordonnant tous les mouvements nécessaires à une respiration nasale physiologique. L'expiration se trouve également très prolongée, si l'on a soin, par des interruptions régulières de courant, de ne pas se contenter d'envoyer de l'air sous pression à l'inspiration, mais aussi pendant l'expiration; il n'y a aucun danger à ce faire; il suffit seulement de diminuer légèrement la pression, et d'avoir soin d'interrompre le courant une seconde avant de passer de l'inspiration à l'expiration.

Quant à l'état général, il se trouve remarquablement vite amélioré, et l'on assiste parfois en quelques séances, avant même d'avoir commencé d'associer à cette rééducation automatique les exercices de gymnastique respiratoire thoracique, à de véritables transformations.

Quant aux sensations subjectives du sujet, elles sont d'une valeur pronostique importante : si, dès la quatrième ou cinquième séance, le sujet, dont l'état général ne s'améliore pas, n'éprouve aucune sensation de fraîcheur, non seulement dans les fosses nasales, mais dans le cavum, dans la trachée, souvent même dans le thorax, c'est qu'un obstacle mécanique

s'oppose au passage des gaz sous pression. Ces malades sont redevables d'une intervention à main armée.

M. Lubet-Barbon. — Pour faciliter l'éducation respiratoire nasale de mes opérés et parce que j'ai remarqué qu'il n'est pas toujours suffisant d'ouvrir les voies nasales pour que les enfants respirent par le nez, je conseille de faire placer dans les narines pendant les exercices respiratoires un petit appareil de Feldbausch.

Lubet-Barbon

Abcès du cervelet suite de mastoïdite et de phlébite du sinus. Guérison

---

Le malade que je vous présente a été opéré de mastoïdite dans les premiers jours de juillet pour des douleurs de l'oreille droite datant d'environ quatre mois.

Le diagnostic avait été longtemps hésitant, l'inflammation paraissant prédominer aux parties molles. La peau de la région amastoïdienne était très sensible, le conduit rouge et gonflé; le malade présentait des rémissions d'assez longue durée.

L'opération fut classique et M. B... a quitté Paris le 15 août, guéri en apparence ; mais au bout de quelque temps il a été pris subitement de douleurs de tête extrêmement violentes, puis de vertige et de vomissements ; cet état allant en s'aggravant malgré les soins médicaux, le malade est ramené à Paris : son état est alors tellement grave qu'il perd complètement la notion de ses actes et est transporté à la maison de santé où il ne reprendra connaissance qu'après la deuxième intervention.

Les symptômes, présentés par le malade, sont des plus nets. Le vertige, les vomissements et les terribles douleurs cervicales ne permettent pas le moindre doute au diagnostic et nous opérons avec l'intention d'aller au cervelet.

Tout d'abord une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien parfaitement normal. L'apophyse est ou-

verte ; le sinus est découvert: sa paroi est jaune, épaisse et ne présente pas de battements; ouvert, il est trouvé vide, ne contenant ni pus ni thrombus ; une curette conduite en bas jusque près du golfe, en haut jusqu'au coude, ne ramène rien, ne provoque pas d'hémorragie; il est probable qu'il y a eu inflammation violente des parois du sinus, qu'un caillot obturateur s'est formé à l'extrémité périphérique et à l'extrémité centrale et que le sang contenu s'est résorbé.

L'état du malade ne permet pas de pousser l'opération plus loin ce jour-là. Le surlendemain je vais délibérement au cervelet et je fais plusieurs ponctions sans résultat. Enfin, en introduisant une pince à forcipressure en bas et en avant vers le sinus et l'ouvrant dans la plaie, je donne issue à une collection d'environ une cuillerée à soupe de pus. Comme je l'ai dit plus haut, seulement alors le malade reprend connaissance. Tout d'abord je n'ai fait aucun drainage, me contentant aux pansements quotidiens d'enfoncer ma pince à forcipressure dans la direction supposée de l'abcès, de l'ouvrir et de donner issue au pus ; mais, étant donné le danger possible de procéder ainsi à l'aveugle, je me décide à mettre un drain, qui d'ailleurs ne draine rien du tout et que je trouve régulièrement hors de la plaie; j'essaie de la gaze qui a à peu près le même sort et me décide à utiliser les drains armés qui eux restent parfaitement en place et assurent un drainage très satisfaisant.

Le malade va de mieux en mieux; le drainage est continué systématiquement plus longtemps que la suppuration ne l'exige, et la plaie n'est complètement fermée que le 8 novembre, six semaines après la première intervention.

Georges Laurens.—On ne peut que féliciter M. Lubet-Barbon du beau résultat opératoire qu'il a obtenu et de la conduite chirurgicale qu'il a tenue, car il a procédé dans ses interventions par étapes successives, comme il est classique. Un fait exceptionnellement rare est à signaler dans son observation: c'est la vacuité du sinus, dont les parois cependant étaient jaunâtres, indurées, ce qui témoigne d'un thrombus guéri.

GEORGES LAURENS

Fulguration et laryngotomie dans le cancer du larynx

L'auteur apporte simplement quelques réflexions sur deux cas qu'il a opérés il y a trois semaines. Il ne s'agit donc aucunement d'apprécier le résultat éloigné et la valeur de la méthode, mais simplement de juger les *suites immédiates* de la fulguration appliquée au cancer intrinsèque du larynx.

Cliniquement, il s'agissait de deux malades présentant un cancer glottique, diagnostiqué par plusieurs laryngologistes et vérifié histologiquement. Opératoirement, l'un des sujets était justiciable d'une laryngotomie, l'autre d'une hémi-laryngectomie.

Le *manuel opératoire de la fulguration* a été le même dans les deux cas. Longue incision cervicale et trachéotomie. Puis, après avoir fendu le thyroïde, écarté ses deux valves et cocaïnisé soigneusement l'endo-larynx, la fulguration a été faite par le Dr Bissérié, selon la technique de Keating-Hart, pendant trois minutes. L'étincelage électrique a été appliqué non seulement sur la surface néoplasique, mais sur les parties voisines et les tranches cartilagineuses : aucun trouble réflexe cardio-respiratoire n'a été observé. Coaptation des valves thyroïdiennes par la suture des muscles pré-laryngés, et mise en place d'une canule trachéale ordinaire, afin d'éviter tout accident consécutif d'œdème laryngien.

Les *suites immédiates post-opératoires* ont été très intéressantes, grâce à l'examen laryngoscopique qui a pu être fait quotidiennement et a permis à Georges Laurens de suivre la réaction provoquée par la fulguration et la réparation de la plaie électro-chirurgicale. L'auteur a fait les constatations suivantes : 1° un œdème modéré des aryténoïdes, noté le soir même de l'opération, prédominant du côté fulguré, mais qui néanmoins a permis l'ablation précoce de la canule à trachéotomie (second jour chez l'un des opérés, troisième jour chez l'autre); 2° une laryngite érythémateuse intense, vestibulaire,

localisée à la zone glottique et interaryténoïdienne, caractérisée par une coloration rouge vermillon de la muqueuse, alors que celle de l'épiglotte et des aryténoïdes restait normale; 3° une eschare fibrineuse, véritable pseudo-membrane grisâtre, expulsée spontanément, du 4e au 6e jour, par l'orifice trachéal; 4° une hypersécrétion trachéale; 5° une ecchymose latéro-laryngée, apparue le 3e jour et spontanément résorbée vers le 8e; 6° une quasi-destruction de la corde vocale saine chez l'un des opérés. S'agit-il d'une destruction définitive ou d'une simple brûlure? Quoi qu'il en soit, actuellement, au 21e jour, elle est réduite à un mince liséré rouge. La fonction vocale a été rétablie chez les deux opérés, dès la suppression de la canule. Les troubles de déglutition ont été modérés et légers.

Ces quelques observations, trop récentes pour préjuger d'un résultat définitif au point de vue de la fonction physiologique du larynx et du pronostic du cancer, permettent cependant de conclure que, dans ces deux cas, la thyrotomie suivie de la fulguration ne s'est accompagnée d'aucun accident grave. Les malades ont quitté la maison de santé le 14e jour et repris leur vie normale peu à peu, dès le 17e.

Les principaux *points de technique de la fulguration appliquée au traitement du cancer du larynx*, sur lesquels Georges Laurens insiste spécialement, sont les suivants : 1° ligature préalable de tous les vaisseaux, de façon à supprimer toutes les pinces et corps métalliques, au voisinage de la plaie et de l'électrode et par suite les brûlures possibles ultérieures; 2° mise en place d'une canule, à trachéotomie spéciale, en verre, que l'auteur a fait construire, à travers laquelle se fera la chloroformisation à distance, au moyen d'un tube de caoutchouc et de l'entonnoir de Trendelenburg; 3° rétraction des deux valves thyroïdiennes au moyen d'écarteurs en verre ou de fils de soie passés au travers des lames cartilagineuses; 4° chloroformisation complète pendant toute la durée de la fulguration pour éviter les mouvements ascensionnels du larynx au cours de la déglutition et par suite l'étincelage de régions saines; seconde anesthésie locale à la cocaïne à ce moment, pour supprimer tout réflexe cardio-respiratoire; 5° protection de l'hémi-larynx normal contre l'action de

l'étincelle, au moyen de mèches de gaze; 6° emploi d'électrodes en verre, spéciales, fines, de façon à permettre leur introduction facile dans le larynx, et cependant non capillaires, pour éviter l'obstruction par des caillots sanguins.

Grâce à une technique électro-chirurgicale bien réglée, à une hémostase parfaite, à la suppression de tout corps métallique péri-laryngé pendant l'acte opératoire, la fulguration avec thyro-trachéotomie est une intervention d'exécution facile. Georges Laurens l'a appliquée à deux cas de néoplasmes limités, mais n'hésitera pas à recourir à cette méthode dans les vastes cancers du larynx où tout l'organe est dévoré par une tumeur végétante et où l'évidement total du larynx sera indiqué.

A. Hautant

Labyrinthite droite à forme vestibulaire

Malade âgé de 18 ans pris il y a 20 jours de vertiges violents avec vomissements l'obligeant à rester immobile, couché, pendant huit jours; pendant les huit jours qui ont suivi, le malade a pu se lever, mais il avait une démarche titubante qui le forçait souvent à s'asseoir; depuis six jours vertiges et troubles de l'équilibre ont disparu.

L'oreille gauche est normale avec tympan intact; l'oreille droite suppure depuis un an, et cette otite est probablement une ostéite bacillaire car ce malade présente de la submatité des sommets. Le tympan droit est disparu, des polypes qui descendaient de l'attique ont été enlevés.

Les épreuves acoumétriques à droite donnent : Schwabach (D = 128) 14″, et Weber indifférent; Rinne égal, 15 à 18″ air et os; voix chuchotée, entendue à 75 centimètres; tous les diapasons depuis C jusqu'à c^4 sont entendus par voix aérienne. Le diapason étant placé sur la mastoïde droite, et le doigt bouchant le conduit auditif externe droit, le malade accuse de suite une augmentation de l'audition. Il n'y a donc pas abolition fonctionnelle complète du nerf cochléaire.

Les épreuves vestibulaires donnent : un léger nystagmus spontané bilatéral, surtout gauche (c. sain), et en voie de disparition ; l'épreuve classique faite à droite pendant 4 minutes avec de l'eau à 12° est absolument négative et le malade n'accuse aucune sensation vertigineuse; faite à gauche avec de l'eau à 25°, elle apparaît au bout de 45″ : nystagmus rotatoire à droite, auquel s'ajoute un nystagmus horizontal gauche quand la tête est penchée sur l'épaule droite; vive sensation vertigineuse. L'épreuve de rotation donne, le 1er jour : un nystagmus horizontal droit qui dure 5 à 6″, un nystagmus horizontal gauche de 18 à 20″; huit jours plus tard, nystagmus horizontal droit de 10 à 11″, et gauche de 12 à 15″, et surtout le premier étant plus faible que le second. Dans ce cas l'épreuve de rotation paraît se comporter comme l'épreuve de Schwabach acoumétrique : dans l'ensemble la réaction est fortement diminuée, mais la diminution (grandeur des secousses et non leur nombre) s'accentue nettement d'un côté. Ces épreuves montrent qu'il y a abolition fonctionnelle du nerf vestibulaire.

M. Castex présente trois malades de diagnostic difficile :

1° Un cas de *pseudo-papillome du larynx*, pédiculé, inséré à l'angle antérieur de la glotte. Les cordes vocales présentent des lésions superficielles, mais de caractère tuberculeux ;

2° *Une ulcération d'aspect épithéliomateux sur l'épiglotte* d'un homme de 68 ans. Seul l'état des sommets doit faire admettre qu'il s'agit de tuberculose ;

3° Un homme de 45 ans atteint de *vertiges* à la suite d'une dyspepsie, il y a deux ans, guéri actuellement de sa maladie d'estomac et repris, depuis 2 mois, de vertiges avec surdité double et bourdonnements du fait d'un double catarrhe tubo-tympanique grippal. Ces deux états gastrique et otique successifs semblent déterminer, chacun pour sa part, les troubles d'équilibration.



LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ

AU 1er NOVEMBRE 1909

MEMBRES ACTIFS

MM. Astier, 85, boulevard Malesherbes, Paris.
Aysaguer, 59, rue des Belles-Feuilles, Paris.
Barthas, 28, avenue Hoche, Paris.
Bellin, 97, rue du Bac, Paris.
Blanc, 8, rue Auber, Paris.
Bonnes, à Nîmes.
Bonnier, 166, faubourg Saint-Honoré, Paris.
Bosviel, 84, boulevard Saint-Germain, Paris.
Boucheron, 11 *bis*, rue Pasquier, Paris.
Boulai, 9, rue Gambetta, Rennes.
Boulay, 8 *bis*, avenue Percier, Paris.
Bourgeois, 44, rue de Naples, Paris.
Bruder, 37, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.
Caboche, 22, rue de Tocqueville, Paris.
Cartaz, 39, boulevard Haussmann, Paris.
Castex, 30, avenue de Messine, Paris.
Cauzard, 2, rue de la Bienfaisance, Paris.
Chatellier, 8, rue des Saussaies, Paris.
Chervin, 82, avenue Victor-Hugo, Paris.
Collinet, 112, rue Saint-Dominique, Paris.
Courtade, 14, rue Castellane, Paris.
Cousteau, 15, rue Laffitte, Paris.
Cornet, 34, avenue Carnot, Châlons-sur-Marne.
Depierris, à Cauterets.
Didsbury, 36, rue de l'Arcade, Paris.
Egger, 80, rue Taitbout, Paris.
Ferrand, 1 *bis*, boulevard Magenta, Paris.

MM. Fiocre, 13, avenue Mac-Mahon, Paris.
Fournié, 4, rue de Babylone, Paris.
Foy (Robert), 28, rue de La-Trémoille, Paris.
Furet, 37, rue du Four, Paris.
Galand, 16, rue du Château, Asnières.
Gapin, 17, boulevard Haussmann, Paris.
Gaudier, 175, rue Nationale, Lille.
Gellé père, 40, avenue de la Grande-Armée, Paris.
Gellé (Georges), 13, rue de Londres, Paris.
Glover, 23, rue de la Bienfaisance, Paris.
Grossard, 36, rue de Turin, Paris.
Guillot, 13, rue Jeannin, Dijon.
Guisez, 72, boulevard Malesherbes, Paris.
Hautant, 10, rue du Commandant-Rivière, Paris.
Heckel, 1, rue de Cérisoles, Paris.
Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.
Hubert, 144, rue de Rennes.
Jacques, 41, rue du Faubourg-Saint-Jean, Nancy.
Kœnig, 65, rue de Miromesnil, Paris.
Lacroix, 41, rue de Berlin, Paris.
Lapalle, 19, rue Samonzet, Pau.
Laurens (Georges), 60, rue de la Victoire, Paris.
Laurens (Paul), 3, rue de La-Trémoille, Paris.
Le Marc'Hadour, 40, rue de Berlin, Paris.
Lermoyez, 20 *bis*, rue La-Boëtie, Paris.
Leroux (Robert), 36, rue Washington.
Lombard, 49, rue de Rome, Paris.
Lubet-Barbon, 4, rue Legendre, Paris.
Luc, 54, rue de Varenne, Paris.
Mahu, 68, avenue Kléber, Paris.
Martin, 25, rue du Général-Foy, Paris.
Méneau, 215, rue Judaïque, Bordeaux.
Montsarrat, 49, rue de Courcelles, Paris.
Mounier, 6, rue de l'Isly, Paris.
Munch, 4, rue Lavoisier, Paris.
Noquet, 33, rue de Puebla, Lille.
Oudot, 25, rue de la Gare, Saint-Brieuc.
Pasquier, 15, rue Madame, Paris.
Percepied, au Mont-Dore.

MM. Piaget, 1, rue Molière, Grenoble.
Rabé, 127, rue de Sèvres.
Reynier, 12 *bis*, place Laborde, Paris.
Rousseau, 62, rue de Maubeuge, Paris.
Rouvillois, au Val-de-Grâce, Paris.
Ruault, 76 *bis*, rue des Saints-Pères, Paris.
Saint-Hilaire, 31, rue de Londres, Paris.
Sieur, au Val-de-Grâce, Paris.
Suarez de Mendoza, 22, avenue Friedland, Paris.
Veillard, 127, boulevard Malesherbes, Paris.
Viollet, 6, rue Herschell, Paris.
Weill, 4, rue du Rocher, Paris.
Weismann, 91, rue Saint-Lazare, Paris.
Wurtz, 9, square Moncey, Paris.

MEMBRES HONORAIRES

MM. Lœwemberg, 112, boulevard Haussmann, Paris.
Politzer, 19, Gonzagagasse, Vienne.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. Artzrouny, Vahan, Tiflis (Caucase).
Bonfim, 3, Rocio, 1°, Lisbonne.
Broeckaert, 16, place du Comte-de-Flandre, Gand.
Bruzzi, Vérone.
Costiniu, 48, str. Fontanei, Bucarest.
Delsaux, 260, avenue Louise, Bruxelles.
Lambert, office des Postes, Otawa.
Max-Scheier, 25 et 26, Friedrichstrasse, Berlin, S. W.
Moll, Arnheim.
Perez, Buenos-Ayres.
Segura, 567, Calle Esmeralda, Buenos-Ayres.
Wilson-Prevost, 66, Maddison avenue, New-York.

TABLE DES MATIÈRES

Séance du 10 janvier 1908

Paris. — Imp. Levé, rue Cassette, 17. — S.